

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Edmond DEBONNELLE

Ancien Externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

Les Kystes Dermoides

DU

PLANCHER DE LA BOUCHE

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. DELENS, agrégé
GOSSET, agrégé
PROUST, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale... ..	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUENU
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ LE DENTU
	{ BERGER
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD
	{ BAR
	{ RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFTEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE ET VÉNÉRÉE MÈRE

*J'offre ce travail en témoignage de vive
affection filiale et de respectueuse
reconnaissance.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'honneur

Qu'il me soit permis d'offrir mes hommages respectueux et mes sincères remerciements pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HERBET

Chirurgien des Hôpitaux

En souvenir de la précieuse et si bienveillante amitié qu'il m'a toujours témoignée.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Qui m'a si bienveillamment accueilli dans son service.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN (*In Memoriam*)

Médecin de l'Hôpital Laënnec

(Stage 1902-1903)

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

Médecin de l'Hôtel-Dieu

(Externat 1903-1904)

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHANT

(*In Memoriam*)

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

(Externat 1904-1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

(Externat 1904-1905)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NÉLATON

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

(Externat 1905-1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR NOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

(Externat 1906-1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAYGRIER

Médecin Accoucheur de la Maternité

(Externat 1907)

A MES AUTRES MAÎTRES

MESSIEURS LES DOCTEURS CHAUFFARD, SÉBILEAU,
OMBRÉDANNE, GANDY, MICHON, RIVET

MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE

Prosecteur de la Faculté de Médecine

A MON BIEN CHER AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR DESMAREST

Prosecteur des Hôpitaux

De qui l'inaltérable et fraternelle amitié s'est à nouveau manifestée pour moi, en me prodiguant sans compter et son temps et ses conseils si judicieux, pour me permettre de mener à bien ce travail.

Il nous fut donné d'observer au début de cette année dans le service de notre maître le D^r Picqué un kyste dermoïde du plancher de la bouche. Devant la rareté relative de ce cas, le D^r Picqué et le D^r Grégoire nous conseillèrent de réunir les observations publiées jusqu'à ce jour et de reprendre dans une étude d'ensemble la question de cette variété de dermoïdes. Dans ce but, nous avons relu, autant que possible, dans le mémoire original, tous les travaux parus sur cette question. Sans aucun doute, nous ne partions pas avec l'idée arrêtée de faire une œuvre originale en tous points et il nous fut rapidement facile de constater que les chemins que nous parcourions avaient été maintes fois battus. Cependant nous avons essayé de mettre en évidence, de préciser quelques points qui nous ont semblé dignes d'intérêt. C'est ainsi qu'il nous a paru juste de faire précéder l'étude de cette variété de tumeurs du plancher de la bouche d'un exposé anatomique succinct. Il n'était peut-être pas inutile de rappeler ce que les anciens entendaient sous le nom de plancher de la bouche et ce qu'est actuellement cette région. Cette étude devait nous être d'un précieux secours quand le moment fut venu d'exposer le siège anatomique des kystes du plancher de la bouche et de tenter non point une nouvelle classification, mais plutôt une division plus juste de ces tumeurs, division que justifie l'anatomie. Malheureusement la tâche fut ardue et par moments nos conclusions peuvent paraître

manquer un peu de base ou mieux reposer sur un nombre de faits restreints. La faute en est aux observateurs qui nous précédèrent et dont beaucoup ne versèrent aux débats que des pièces justificatives réellement trop incomplètes. Malgré tout nous avons tenté de faire œuvre utile et dans des chapitres successifs nous envisageons l'étiologie et l'anatomie pathologique, les signes et le diagnostic des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. La pathogénie ne nous a pas spécialement retenu, ce chapitre purement théorique ne pouvait être qu'un exposé succinct des opinions et des hypothèses émises alors que cette question faisait l'objet de mémoires très intéressants. Par contre, nous avons donné à la question du traitement l'ampleur que mérite cette partie de notre travail. Chaque point avancé par nous est étayé sur des faits et des chiffres. Peut-être nos conclusions paraîtront-elles un peu osées, elles ne sont cependant que le fidèle écho de très nombreuses opinions plus timidement exprimées. Enfin dans la dernière partie de ce travail, nous résumons les observations éparses dans les travaux parus sur la question. Nous apportons à notre tour une observation que nous avons consignée aussi complète que possible avec l'aide de notre maître le Dr Grégoire à qui nous tenons ici à exprimer tout particulièrement notre gratitude. Nous avons enfin dans notre bibliographie apporté nos références et nous nous sommes efforcé de ne laisser échapper aucun des travaux importants parus sur la question. Si quelques documents manquent, nous nous en excusons car il nous fut impossible de nous les procurer.

LES KYSTES DERMOÏDES

DU

Plancher de la Bouche

HISTORIQUE

Sans vouloir, comme presque tous les précédents auteurs ayant écrit l'historique des kystes dermoïdes du plancher de la bouche, faire remonter à Hippocrate et à Celse les observations plus ou moins douteuses de tumeurs dermoïdes siégeant en un point quelconque du cou, cependant nous ne pouvons négliger de rappeler que dès 1664 Pierre de Marchettis de Padoue incisa une tumeur du plancher de la bouche qui paraît bien être de nature dermoïde. Puis vinrent toute une série d'observations sur l'authenticité desquelles il est permis de discuter car il est question de tumeurs un peu rapidement observées et rapportées. Il faut, sans s'arrêter à cette période du XVIII^e siècle fort peu intéressante pour nous, arriver au milieu du XIX^e siècle pour voir dans la thèse de Bertherand (1845), ces tumeurs graisseuses lipo-

mateuses ou steato-mateuses du plancher de la bouche se dégager un peu du chaos des tumeurs de cette région. Ce ne fut que lorsque parurent sur les tumeurs congénitales à paroi ectodermique appelées kystes dermoïdes à dater de cette époque, les importants travaux de Lebert, que les observations se précisèrent. Dès 1858-1860, quelques années après la publication de Lebert, Denonvillers dans le *Compendium de Chirurgie* tente une étude d'ensemble sur les kystes dermoïdes du plancher de la bouche. A partir de cette époque, les faits se multiplient et toutes les tumeurs observées dans la région du plancher de la bouche sont l'objet d'une publication d'un article ou d'une thèse. Relevons les principaux de ces travaux : en 1863, la thèse de Landetta, en 1868, la thèse de Demons sur les tumeurs du plancher de la bouche (notons en passant que déjà cet auteur préconise l'opération par voie buccale sauf contre-indication). Bryant (1870), Verneuil (1872), Padieu (1874), Neumann (1877) apportent leurs observations.

Dès 1880, un an après la thèse de Barbès la question fait son apparition à la Société de Chirurgie avec les cas de Th. Anger, Duplay et Nicaise et le rapport de Polailon sur une observation déposée par Combalat. Les thèses de Géhé (Paris 1882) de A. Pillon (Nancy 1883), ne sont que le résumé des opinions courantes. Beaucoup plus intéressant et plus documenté nous a paru le mémoire publié par Ozenne dans les *Archives générales de Médecine* de 1883 sous l'inspiration et le contrôle de Gosselin. Il serait trop long de suivre pas à pas l'évolution de cette question et de rapporter une à une les nombreuses obser-

vations parues dans les années qui suivirent la publication de ce travail.

Il ne nous est cependant pas permis de passer sous silence même dans cet exposé volontairement incomplet la remarquable étude de Lannelongue et Achard sur les kystes congénitaux. Tous les travaux expérimentaux destinés à étayer la pathogénie des kystes dermoïdes ne se rapportant que de loin aux kystes du plancher de la bouche ne sauraient être énumérés.

Avec le mémoire de notre regretté maître Gérard-Marchant (1886) commence la période vraiment intéressante et sur laquelle nous voulons insister.

Rappelons que les trente cas rapportés par cet auteur lui permettent déjà de tenter une classification qui eut son heure de succès mais qui ne nous paraît pas devoir être acceptée sans quelques réserves. Sans entrer dans cette discussion que nous nous réservons d'entreprendre plus loin, il nous paraît indispensable de souligner dès maintenant que la base de la classification de notre maître reposait sur la zone d'adhérence des tumeurs du plancher de la bouche à l'os hyoïde ou au maxillaire inférieur. D'ailleurs, dès 1887 des critiques contre la division en kystes *ad geniens* et kystes *adhyoïdiens* se faisaient jour dans une clinique de Reclus qui tentait d'établir l'inutilité au point de vue clinique de ces adhérences que l'on ne pouvait déceler au cours de l'examen du malade.

Ce n'est point seulement au point de vue de sa classification que l'étude de Gérard-Marchant mérite de nous arrêter si longtemps. C'est encore et surtout au point de vue des conclusions thérapeutiques qu'il en tira. On peut

dire qu'il fut le plus chaud partisan de l'abord des kystes dermoïdes du plancher de la bouche par voie sus-hyoïdienne et qu'il entraîna beaucoup de ses collègues dans cette voie. Pendant six années la voie buccale perd du terrain et paraît reléguée au second plan. En 1892, en même temps que Caye (Paris) soutenait sur ce sujet sa thèse inaugurale, le professeur Quénu s'inspirant des acquisitions chirurgicales modernes n'hésitait pas à préconiser la voie buccale et substituait à juste titre l'opération idéale sans drainage aux interventions souvent incomplètes rapportées jusqu'alors. Un an plus tard avec la thèse de Faure (Lyon, 1893), la question fait un pas en arrière. Cet auteur, sous l'inspiration de son maître Poncet, vient défendre une intervention partielle dont nous ne pouvons encore comprendre le bien fondé. On verra, en lisant notre travail, que le kyste est dans la majeure partie des cas pour ne pas dire dans tous les cas entouré d'un tissu cellulaire qui permet une énucléation facile. Le fait avait été signalé bien longtemps avant que Poncet vint prétendre que le plus souvent l'extirpation complète était impossible et que de ce fait seul le raclage de la paroi et la cautérisation étaient la méthode de choix. En 1894, Rolland dans son excellente thèse (Montpellier) apporte une étude clinique très sérieuse

Pendant à côté des tumeurs dermoïdes existe une variété de kystes mucoïdes qu'il était indispensable de différencier des précédents, car la confusion existait encore dans quelques travaux. Martin (thèse de Paris, 1895) consacre son travail à cette intéressante question. Il fait ressortir l'importance de l'examen histologique de ces tumeurs du

plancher de la bouche au point de vue du diagnostic. Il est vrai d'ajouter que depuis longtemps déjà des erreurs de diagnostic anatomique entre les kystes dermoïdes du plancher de la bouche et les grenouillettes sont chose exceptionnelle. Cependant Kœnig, en 1895, insiste encore sur la constitution anatomique de la paroi des kystes dermoïdes.

En 1897 nous relevons une observation de Chavannaz, de Bordeaux, un petit travail du Dr Bousquet de Clermont-Ferrand paru dans le *Bulletin Médical*, une étude d'André (*Revue Médicale de l'Est*) inspirée par Gross de Nancy.

En 1898, outre l'observation présentée par Morestin à la Société anatomique, nous tenons à souligner deux thèses allemandes — l'une de Fendt de Fribourg, l'autre de Rocha de Halle — qui apportent plus par les observations qu'elles contiennent que par leur originalité — une contribution personnelle à l'étude des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

En 1899, la thèse de Mascarel inspirée par M. Morestin.

En 1900 une observation de Delne.

Dès lors, les documents deviennent plus rares et durant la période de 1900 à nos jours, nous n'aurons à signaler qu'un certain nombre de cas isolés. Cependant en Allemagne paraît la thèse de Schuhmehl (Freibürg, 1901), qui n'a de réel intérêt que par les observations inédites recueillies par l'auteur. Beaucoup plus documentée est la thèse de Cavaud (Bordeaux 1903-1904), qui contient une étude fort complète des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Elle contient la relation du cas de Brindel, de

Potherat et les observations de J. Abadie (1903). Bien des chapitres de cette thèse sont excellents mais quelques points et en particulier la question si intéressante du traitement nous ont paru peut-être un peu moins nets. C'est pourquoi après avoir recherché les dernières observations parues depuis 1904 (Obs. de Legland, 1904, Herbet Dufour, 1905, Grimaud et Clermont, 1905. Bertrand, 1907, Heydenreich, 1908) nous tentons dans ce modeste travail une mise au point de la question des kystes dermoïdes du plancher de la bouche basée sur l'étude des observations.

ANATOMIE DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Sans vouloir donner une description complète du plancher de la bouche, il nous paraît indispensable de préciser ce que l'on entend sous ce nom en anatomie topographique. Ce rappel anatomique est à nos yeux motivé par quelques considérations. Il nous est arrivé au cours de nos recherches bibliographiques de trouver étiquetées tumeurs du plancher de la bouche, des kystes siégeant, les uns entre les deux muscles génio glosses, c'est-à-dire dans la langue même, les autres au-dessous du mylohyoïdien au-dessous même, et à côté des ventres antérieurs du digastrique. Ces tumeurs doivent-elles être classées dans les kystes du plancher de la bouche? A notre avis elles méritent d'occuper une place à part, ce sont des tumeurs sus-hyoïdiennes. C'est du moins ce que nous apprend l'anatomie topographique et c'est pourquoi nous avons inscrit en tête de notre thèse la nécessité de cet exposé anatomique. Nous avons d'ailleurs tenu à contrôler certains points de détails. Dix sujets furent disséqués par nous à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux et la description que nous allons donner de cette région n'est que le résultat de ce que nous avons vu. Hâtons-nous d'ajouter qu'elle ne s'écarte en rien des données classiques. Plus

tard quand nous aborderons l'étude du traitement et de la voie d'abord des kystes du plancher de la bouche, cet exposé anatomique nous sera d'un grand secours pour étayer quelques-unes de nos conclusions.

Le plancher de la bouche est une région anatomique parfaitement limitée en haut, en bas et en avant mais sans limites précises à sa partie postérieure, le fait est d'importance comme nous le verrons.

L'os maxillaire inférieur, en forme d'arc à concavité postérieure, présente sur sa partie médiane deux apophyses : les apophyses géni. Les supérieures nettement séparées donnent et attache aux muscles génio-glosses : sur les inférieures réunies en une petite crête médiane s'insèrent les muscles génio-hyoïdiens. Ceux-ci nés par de courtes fibres tendineuses descendent obliques en bas et en arrière jusqu'à la face antérieure du corps de l'os hyoïde, où leur large insertion légèrement excavée en dehors par l'hyoglosse occupe presque toute cette face.

Des apophyses géni-oblique en haut et en arrière monte une ligne toujours nettement marquée sur l'os sec, qui se perd un peu en arrière et au-dessous de la dernière molaire à distance du bord antérieur de la branche montante. C'est la ligne mylo-hyoïdienne.

Sur cette ligne des fibres musculaires prennent attache le plus grand nombre directement, quelques-unes par l'intermédiaire de fibres aponévrotiques : l'ensemble de ces fibres rayonne vers le raphé fibreux qui, médian, sépare les bords internes des deux muscles et atteint presque le corps de l'os hyoïde. Sur la partie antérieure et supérieure (car le muscle est obliquement dirigé en bas et en

arrière) se jettent les fibres horizontales à insertion presque médiane, alors que les fibres toutes postérieures presque verticales, gagnent l'os hyoïde et s'attachent sur la face antérieure du corps de cet os, tout près de son bord inférieur. Au-dessous des génio-hyoïdiens, les deux mylo-hyoïdiens et leur raphé fibreux qui les unit forment donc une véritable sangle musculaire, mince d'ailleurs sur le cadavre où les fibres se laissent dissocier avec une assez grande facilité. mais, qu'on sent rigide sur le vivant, quand la bouche hermétiquement fermée, on fait effort avec la langue contre la voûte palatine.

Cette sangle mylo-hyoïdienne sépare la partie antérieure de la cavité buccale des plans cutanés. Au-dessous d'elle : c'est le ventre antérieur du digastrique, ce sont les aponeévroses du cou, l'origine de la jugulaire antérieure (veines sous-mentales) et le revêtement cutané.

Au-dessus d'elle c'est la bouche, avec sa muqueuse et entre la muqueuse et le muscle, les glandes sublinguales, glandes véritablement buccales qu'on oppose à juste titre aux glandes sous-maxillaires qui sont cervicales par leur situation.

En un mot la sangle mylo-hyoïdienne sépare anatomiquement la région buccale de la région cervicale, barrière sans doute incomplète puisque le bord postérieur du muscle libre, se laisse contourner par la glande cervicale dont le prolongement antérieur devient buccal. Donc le plancher de la bouche est en communication directe avec la région sus-hyoïdienne. Encore est-il indispensable de rappeler ce qu'était pour les anciens anatomistes ce qu'est actuellement cette région du plancher de la bouche.

Si avec Blandin nous étendons le plancher de la bouche, de la muqueuse buccale au revêtement cutané, cette région perd toute individualité, il faut admettre schématiquement, qu'elle est limitée en bas par une ligne purement conventionnelle, rasant le bord inférieur de l'os hyoïde et qu'aucune barrière n'existe entre les plans superficiels du plancher de la bouche et ceux de la région sus-hyoïdienne.

En réalité il existe un muscle qui ferme nettement la cavité de la bouche qui l'isole des plans superficiels et qui constitue vraiment la limite inférieure de la cavité buccale. C'est le muscle mylo-hyoïdien. Et c'est à cette barrière musculaire que nous limiterons avec tous les anatomistes récents la région du plancher de la bouche.

De forme triangulaire, à sommet antérieur-génien, à base postérieure libre, répondant au bord postérieur des mylo-hyoïdiens, limitée en bas par la face supérieure de ces deux muscles en haut par la face inférieure de la langue sur laquelle courent les vaisseaux ranins, la région du plancher de la bouche est fermée en dehors par les faces latérales du corps de l'os maxillaire inférieur, en dedans, par la réflexion de la muqueuse buccale qui, de la face inférieure de la langue, gagne la face supérieure des muscles génio et mylo-hyoïdiens.

C'est en réalité un fer à cheval dans la concavité postérieure duquel s'encadre la base de la langue et dont les deux branches se terminent en arrière en se confondant avec la portion verticale de la base de la langue en haut et en bas avec la région cervicale.

Tendu de la face inférieure de la langue à la partie infé-

rieure de la muqueuse gingivale un repli muqueux médian plus ou moins développé ; c'est le frein de la langue, vulgairement le filet. De chaque côté de ce repli, deux fosses plus ou moins profondes au niveau desquelles la muqueuse buccale est soulevée par les bosselures des glandes sublinguales (caroncules sublinguales) logent les organes les plus importants de cette région.

Lorsqu'on a désinséré latéralement la muqueuse gingivale et qu'après l'avoir sectionnée sur les côtés du frein, on relève le lambeau muqueux ainsi décollé, on aperçoit couché entre le corps du maxillaire en dehors et la face externe des muscles de la langue en dedans, un organe allongé d'avant en arrière de forme ovalaire, d'aspect lobulé, dont le grand axe ne mesure pas moins de 3 centimètres : c'est la glande sublinguale. Tassée contre le maxillaire, elle marque son empreinte sur l'os sec, il est plus vrai de dire que seule l'extrémité antérieure arrondie de la glande répond à cette fossette sublinguale : son bord inférieur est aussi irrégulier que le bord supérieur, il est découpé en une sorte de dentelle, dont les dents, très irrégulièrement disposées, paraissent répondre à des lobules glandulaires. Quelques-unes de ces dents, sous forme de prolongements, pénètrent le muscle mylo-hyoïdien, le repoussent et même traversent la sangle musculaire pour apparaître dans la région sus-hyoïdienne. Le fait n'est pas fréquent, mais il nous fut donné sur une de nos préparations d'en trouver un exemple frappant. Ces prolongements bien décrits par M. Morestin lui ont permis d'édifier une théorie des grenouillettes sus-hyoïdiennes aujourd'hui discutée.

La glande sublinguale s'avance en arrière presque jusqu'au contact de ce prolongement de la sous maxillaire qui mérite le nom de prolongement sublingual. Epais, chez quelques sujets, fragmenté chez d'autres, en une série de lobules ; nous l'avons vu, tantôt presque au contact de la sublinguale à laquelle l'unissait un filament fibreux assez ténu, tantôt, à distance du pôle postérieur de cette glande, moins développé. Ce prolongement de la glande sous-maxillaire recouvre le canal excréteur, ou canal de Warthon.

On peut donc exactement comparer ce prolongement à celui de la parotide, qui sur la face externe du maester recouvre le canal de Sténon. Le canal de Warthon d'abord entre le mylo-hyoïdien, le prolongement sub-lingual de la sous-maxillaire et le lingual inférieur, vient s'insinuer entre, en dedans le génio-glosse et en dehors la sublinguale. S'inclinant alors légèrement en bas il vient s'ouvrir de chaque côté de la partie inférieure du frein de la langue au sommet de la caroncule salivaire.

Le nerf lingual, branche du maxillaire inférieur après avoir longé le bord supérieur de la glande sous-maxillaire pénètre dans la région du plancher de la bouche, il est obliquement descendant, et rencontre derrière la glande sublinguale le canal de Warthon. C'est alors qu'il le croise sur sa face externe, puis, sous-jacent au canal, il commence à s'épanouir en ses très nombreux filets ascendants vers la partie antérieure de la muqueuse buccale, s'insinuant alors entre la face profonde du canal de Warthon et le muscle génio-glosse, de telle sorte que le nerf

inscrit dans sa courbe le canal excréteur de la glande sous-maxillaire.

C'est surtout sur les vaisseaux de la région que nous voulons insister, car au point de vue opératoire il nous paraît intéressant de rappeler que la région est parcourue par deux vaisseaux importants : les branches terminales de l'artère linguale. L'artère ranine flexueuse chez certains sujets, décrivant constamment une courbe à convexité supérieure, chemine profonde sur la face externe du génio-glosse, puis s'abaisse en une courbe à concavité inférieure qui la conduit diminuée par les branches nombreuses qu'elle a émises, jusqu'à la partie supérieure du frein où s'anastomosant avec celle du côté opposé elle forme l'arc ranin.

L'artère sublinguale plus profonde et plus bas située que l'artère ranine suit le bord inférieur de la glande sublinguale, abandonne à la glande un grand nombre de rameaux et vient se terminer sur la ligne médiane en détachant une branche interne qui fournit l'artère du filet en s'anastomosant avec celle du côté opposé, une branche ascendante qui, rétro-symphysaire, est destinée aux incisives médianes et une perforante et externe traversant le génio-hyoïdien, puis le mylo-hyoïdien pour aller s'anastomoser dans la région sus-hyoïdienne médiane avec la terminaison de la sous-mentale traversant le mylo-hyoïdien, elle crée un point de moindre résistance par lequel la glande sublinguale peut pousser un prolongement.

Satellites des artères, des veines ; des ranines superficielles qui serpentent sous la muqueuse du plancher de la bouche de chaque côté du frein et plus bas : des veines

sublinguales satellites des artères mais avec cet unique correctif que le système des veines sublinguales et le système des veines ranines superficielles sont indistincts, c'est-à-dire que toutes ces branches appartiennent à un même système veineux : les veines linguales superficielles.

Nous aurons achevé ce bref rappel anatomique que nous avons fait volontairement incomplet quand nous aurons signalé deux petits organes : l'un d'existence constante, l'autre d'existence inconstante : la bourse de Fleischman et le cordon thyro-glosse.

Entre la génio-glosse et la muqueuse buccale au point où le frein de la langue unit la muqueuse linguale à la muqueuse du plancher de la bouche, existe une couche de tissu conjonctif lâche qui s'avance jusqu'à la partie antérieure de la glande sublinguale et jusqu'à la partie terminale du canal de Warthon. C'est cet amas conjonctif que nous avons retrouvé plus ou moins nettement différencié dans nos dissections que Fleischman a décoré du nom de bourse séreuse.

Enfin reliquat de l'ébauche primitive médiane qui forme le corps thyroïde et qu'englobent les masses latérales de la langue se rapprochant pour constituer la base de l'organe un cordon plein : le canal thyro-glosse qui traverse le plancher de la bouche sur la ligne médiane passant sous le mylo-hyoïdien puis entre les génio-hyoïdiens pour aller se perdre dans la région sus-hyoïdienne quand il ne descend pas jusqu'au corps thyroïde.

Ce canal ne nous intéresse pas directement. Sans doute il donne naissance à une variété de kystes aujourd'hui nettement différenciée de celle que nous étudions dans ce

travail. Mais il était indispensable de signaler sa présence pour pouvoir avec plus de facilité éliminer cette variété de kystes mucoïdes du plancher de la bouche.

ETIOLOGIE

L'étiologie des kystes dermoïdes du plancher de la bouche est absolument dénuée d'intérêt. Aucune cause prédisposante ne saurait être invoquée en faveur d'une tumeur congénitale. Sans doute dans quelques cas d'ailleurs très rares la notion d'un traumatisme quelconque sur la région sus-hyoïdienne put être invoquée par le malade. Mais le plancher de la bouche étant une région inaccessible aux violences extérieures et les tumeurs siégeant pour la plupart dans la bouche les patients sont moins portés à rechercher de vagues explications à l'apparition du kyste. Il est cependant intéressant de souligner une fois de plus que l'âge n'est pas indifférent au développement de cette variété de tumeurs et si nous relevons les nombreuses observations, nous sommes frappé de voir que s'il peut exister des kystes dermoïdes mais à titre exceptionnel dans les premières années de la vie, c'est surtout à partir de dix-neuf ans que le nombre s'accroît brusquement pour devenir minime dès trente ans.

A dire vrai, il serait peut-être plus réel d'écrire que vers vingt ans la tumeur qui s'est accrue lentement devient gênante et nécessite l'intervention chirurgicale. Il y aurait l'âge vrai de la tumeur, c'est-à-dire l'âge auquel pour

la première fois les parents s'aperçurent de l'existence d'une tumeur du plancher de la bouche (c'est ainsi que dans une vingtaine d'observations il est indiqué que dès le plus jeune âge la tumeur existait mais à peine développée). Il y aurait d'autre part l'âge chirurgical (si l'on nous permet cette expression), celui noté dans presque toutes les observations et qui correspond à une tumeur assez volumineuse pour qu'elle commande son ablation.

Si l'on veut bien considérer que ce sont là des tumeurs à parois dermo-épidermiques comme nous le dirons ultérieurement, qu'elles contiennent des glandes sébacées et des glandes sudoripares en nombre variable mais toujours appréciable, quoi de surprenant à ce que les produits de sécrétion de ces glandes qui ne peuvent être que minimes, mettent un temps assez long à faire de la toute petite tumeur une tumeur gênante.

Le sexe ne peut naturellement pas être regardé comme une cause prédisposante. Il n'existe aucune raison valable pour que la cause réelle d'une telle tumeur existe plutôt chez le fœtus du sexe féminin que chez le fœtus mâle. Aussi sur 74 cas dans lesquels nous avons trouvé indiqué le sexe relevons-nous 40 hommes et 34 femmes. Sans doute si la prédominance dans le sexe féminin avait fait de cette variété de kystes presque l'apanage de la femme ou de la jeune fille, nous nous serions arrêté à mettre en regard les notions d'âge et de sexe. Et nous aurions peut-être été tenté avec Legland de chercher dans les modifications que subit l'organisme à l'âge de la puberté, une explication plausible à l'évolution plus rapide de ces kystes entre seize et vingt ans. Mais une telle hypothèse

nous paraît insoutenable et nous ne l'avons signalée que pour en critiquer brièvement le mal fondé.

Aussi bien l'étiologie de ces kystes dermoïdes nous est totalement inconnue au même titre que celle des tumeurs congénitales en général.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège et classification. — Dès 1883, alors que les cas de kystes dermoïdes du plancher de la bouche n'étaient encore qu'en nombre restreint, Barker comprit l'importance et la nécessité d'une classification de ces tumeurs. Il accepta la division la plus simple qui reposait sur le siège de ces kystes et il décrivit des kystes médians et des kystes latéraux, les uns ne siégeant que d'un côté (kystes unilatéraux) les autres des deux côtés (kystes bilatéraux). Il n'est point douteux que cette dernière variété s'appliquait aux kystes médians très volumineux qui de ce fait avaient poussé deux prolongements entre les parties latérales de la langue et le maxillaire inférieur. Une telle division est beaucoup plus clinique qu'anatomique et ne saurait avoir aucune valeur tant elle est imprécise.

Streckheisen, en 1885, semble avoir accordé une importance très considérable aux rapports de la tumeur avec l'os hyoïde et groupant autour de cet os les kystes de cette région, il les divise en kystes intra-hyoïdiens suprahyoïdiens, épihyoïdiens, intrahyoïdiens. A la division trop simple de Barker a succédé, comme on le voit, une classification d'une complexité considérable. De plus que sont ces variétés de kystes supra et épihyoïdiens ? Elles paraissent

se rapporter à des tumeurs de même siège. Quant aux kystes intra-hyoïdiens, ce ne peuvent être des kystes de la base de la langue. Il y a loin de ces tumeurs plus hyoïdiennes que buccales, aux kystes du plancher de la bouche. En réalité ce sont toutes les variétés de kystes aussi bien mucoïdes que dermoïdes que l'auteur eut en vue lorsqu'il établit de tels groupements.

En 1886, Gérard-Marchant frappé par les adhérences qui fixaient le kyste dermoïde aux os avoisinants (maxillaire inférieur et os hyoïde) proposa une nouvelle division de ces tumeurs en kystes adgénéiens et kystes adhyoïdiens. Cette classification discutée de suite au point de vue clinique fut acceptée au point de vue anatomo-pathologique et chaque auteur dans les années qui suivirent d'insister sur le pédicule et son lieu d'attache et de se hâter de faire rentrer dans une de ces deux cases la tumeur qu'il avait opérée.

Cependant Lannelongue comprit que cette division des kystes dermoïdes du plancher de la bouche, commode en soi pour étiqueter une tumeur, ne répondait pas à la réalité. Et cet auteur proposa une classification plus vague mais dont le mérite évident est de souligner l'importance des données anatomiques sur lesquelles devra se baser toute bonne division des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Ces kystes pouvant occuper chacun des plans du plancher de la bouche, un groupe devait être constitué par chacune de ses variétés.

Les données de Gérard-Marchant méritent la discussion. Nous nous hâtons cependant de déclarer qu'il faut rejeter sa classification car elle ne repose sur aucun fondement.

En effet en étudiant les 82 observations qui sont la base de notre thèse, il nous fut facile d'établir que l'adhérence génienne ou hyoïdienne sur laquelle Gérard-Marchant édifia toute sa thèse est presque aussi souvent nulle que réelle. Dans 26 observations qu'il nous faut défalquer des 82 ce point d'un intérêt capital n'est pas signalé par les auteurs. Restent 56 cas, sur lequel nous relevons : 31 cas avec adhérences osseuses et 25 sans adhérences osseuses. La proportion comme on le voit n'est pas très considérable des cas où le kyste était relié à l'un des deux os et l'on comprend que devant de tels faits nous n'hésitions pas à croire que la classification de Gérard-Marchant mérite d'être écartée.

Nous désirions apporter sur ce point une division plus anatomique et plus conforme à la réalité. Malheureusement il est très difficile d'édifier avec des matériaux aussi incomplets que ceux dont nous disposons. Nombreuses sont les observations où l'opérateur a négligé de signaler le siège anatomique exact du kyste et ses rapports avec les muscles environnants. Nous n'hésitons cependant pas à déclarer qu'il est une variété de kystes dermoïdes, dits kystes du plancher de la bouche, qu'il faut absolument rejeter hors de ce cadre car ils n'appartiennent pas à cette région. Anatomiquement, nous l'avons démontré, le plancher de la bouche ne dépasse pas le mylohyoïdien qui constitue la limite entre cette région buccale et la région sus hyoïdienne. Or il existe des kystes qui siègent sous ce muscle, qui adhèrent à sa face profonde et qui sont des kyste sus hyoïdiens. Bazy en a rapporté 2 cas absolument typiques.

OBSERVATION I. — Homme de dix-neuf ans. Depuis huit mois le malade a remarqué la présence dans la région sus-hyoïdienne d'une petite tumeur grosse tout d'abord comme une noisette, ayant atteint peu à peu le volume d'une noix. La tumeur est médiane, régulière, d'une consistance ferme, tout en laissant quand on la déprime percevoir la sensation d'un contenu molle. La peau est mobile sur la tumeur et absolument saine. *L'adhérence de la tumeur à l'os hyoïde est absolument nette.* La tumeur ne fait aucune saillie du côté du plancher de la bouche.

Opération. — Cocaïne, incision médiane étendue du menton au cartilage thyroïde. On tombe sur la petite tumeur que laborieusement on libère des muscles auxquels elle adhère et de l'os hyoïde où l'adhérence est encore plus forte. Suture sans drainage. Guérison.

OBSERVATION II. — Homme de trente et un ans. Depuis un an le malade a remarqué dans la région sus-hyoïdienne une tumeur du volume d'une petite noisette ayant peu à peu atteint celui d'un petit œuf de poule. L'adhérence de cette tumeur avec les plans de la région sus-hyoïdienne est intime. La peau est saine et mobile sur la tumeur. Cette dernière présente une sensation plus nette de fausse fluctuation. Elle ne fait aucune saillie sur le plancher de la bouche mais le doigt qui déprime le plancher peut la sentir profondément.

Opération. — Incision verticale du menton jusqu'à 2 ou 3 centimètres de l'os hyoïde. La tumeur est libérée de la face inférieure des muscles sus-hyoïdiens et de l'os hyoïde

auquel elle adhère intimement. La partie tout inférieure de la tumeur descend au-dessous de l'os hyoïde. Suture sans drainage. Guérison.

Il eût été intéressant de pouvoir joindre à ces deux observations si démonstratives de Bazy quelques autres faits mais comment y parvenir quand sur 84 cas on en trouve 62, dans lesquels les connexions de la tumeur sont ou peu nettes ou totalement absentes. N'aurait-on pas le droit de se demander si ce n'était pas à cette variété qu'appartenait le cas de Legland ? La tumeur au dire de cet auteur siégeait entre les deux muscles mylo-hyoïdiens. Comment comprendre en effet la possibilité pour une tumeur de pénétrer une intersection fibreuse aussi nette que celle qui unit les deux muscles mylo-hyoïdiens ?

Cette notion acquise de kystes sus hyoïdens et uniquement sus hyoïdiens que nous éliminons, il reste à classer les kystes du plancher de la bouche :

Les uns sont médians,

Les autres sont latéraux.

Les kystes médians ont des sièges un peu différents suivant les cas. Les uns siègent entre les deux génio-hyoïdiens, qu'ils écartent, reposant en bas sur le muscle mylo-hyoïdien. Les autres siègent nettement au-dessus des génio-hyoïdiens, plus en rapport avec la langue qu'avec le plancher de la bouche. Les premiers peuvent être dits *kystes ad génio-hyoïdien*, les deuxièmes *kystes ad génio-glosse*. De la première variété, nous trouvons dans les observations 3 cas absolument nets (obs. de Quénu, Backer, Rolland). De la deuxième variété, nous avons pu relever 2 cas typiques

dont celui rapporté dans notre observation personnelle. Entre les deux variétés il peut exister des cas mixtes : les uns où la tumeur est signalée comme siégeant sous le génio-hyoïdien (cas de Linhart) que nous acceptons sous réserve, d'autres où la tumeur est dite comprise entre les deux génio-glosse mais poussait un prolongement dans l'interstice du génio-hyoïdien (cas de Gross) et ce cas nous n'hésitons pas à le classer parmi les kystes adgénio-glosse.

Enfin nous écartons comme appartenant aux kystes de la langue bien plus qu'aux kystes du plancher de la bouche le cas suivant de Cruveilhier.

Homme soixante-deux ans, présentant une tumeur arrondie re-foulant la langue contre la voûte palatine, non accessible par le palper de la région sus hyoïdienne très difficilement fluctuante.

Le malade ayant succombé à des accidents pulmonaires l'autopsie montre que la tumeur siégeait entre le gomo-glosse et la base de la langue. Le contenu était celui du kyste dermoïde.

Comment ne pas rejeter une semblable observation ! son imprécision ne peut que nous permettre de regarder la tumeur comme un kyste de la langue ou comme un kyste latéral, nous préférons, après l'avoir succinctement résumé, n'en pas faire état.

En résumé les kystes médians, de beaucoup les plus fréquents (puisque sur 55 observations 39 ont trait à des kystes nettement médians) peuvent être divisés en deux grandes variétés :

L'une la variété haute : kyste ad genio glosse.

L'autre la variété basse : kyste ad genio hyoïdes.

Et notons enfin que si le volume de ces kystes médians va croissant, ils ne tarderont pas à pousser en prolongement soit à droite, soit à gauche ou même à se développer symétriquement des deux côtés ; mais même ces kystes uni et bilatéraux doivent rentrer dans la variété des kystes à siège médian. Une telle tumeur médiane avec prolongement unilatéral est signalée dans six observations.

Les tumeurs franchement latérales sont beaucoup plus rares. Il nous fut possible d'en relever huit cas absolument indiscutables. Celles-ci siègent toujours au-dessus du mylohyoïdien, sous la muqueuse génio du plancher de la bouche, le long de la partie latérale de la face inférieure de la langue. Et fait curieux et intéressant, il en est d'adhérents aux os et même à l'os hyoïde.

Nous résumerons donc la division que nous proposons des kystes du plancher de la bouche en :

1° Kystes médians

Comprenant :

α) *Les kystes ad genio glosse ;*

β) *Les kystes ad genio hyoïdes.*

2° Kystes latéraux

Forme. — La forme du kyste du plancher de la bouche varie avec leur volume. On peut dire qu'en général la tumeur est arrondie ou ovalaire ; parfois son étendue ne permet pas de définir exactement sa forme ou plutôt elle

épouse celle de la loge qui la contient. C'est ainsi qu'il est des kystes dont la forme se rapproche de celle du rein, une échancrure médiane signalée sur le kyste permettant d'accepter cette comparaison un peu grossière.

Volume. — Le volume varie naturellement avec l'âge du kyste. Sur les 55 cas où il fut signalé dans les observations nous trouvons :

Tumeur grosse comme le poing.....	5 cas
Tumeur grosse comme une orange.....	3 cas
Tumeur grosse comme une mandarine...	5 cas
Tumeur grosse comme une pomme.....	6 cas
Tumeur grosse comme un œuf d'oie.....	4 cas
Tumeur grosse comme un œuf de dinde..	5 cas
Tumeur grosse comme un œuf de poule...	16 cas
Tumeur grosse comme un œuf de pigeon.	2 cas
Tumeur grosse comme une noix.....	5 cas

Le plus ordinairement le volume de la tumeur oscille donc autour de celui d'un gros œuf de poule.

Paroi du kyste. — La tumeur étendue immédiatement après l'extirpation se présente extérieurement avec des caractères presque toujours identiques. La paroi en est lisse, absolument régulière, brillante même dans quelques cas. On sait en effet que le kyste refoulant les muscles environnants écarte le tissu cellulaire, le tasse en une sorte de capsule ou de loge conjonctive dont il étend les limites à mesure qu'il s'accroît. C'est cette couche périphérique isolante, si importante au point de vue de l'ablation des kystes, qui explique l'aspect régulièrement lisse et uni de sa face externe. Parfois cependant en un point la capsule

se montre excentriquement épaissie, cet épaississement pouvant même se prolonger en un véritable pédicule plus ou moins long et plus ou moins net. C'est le pédicule qui relie le kyste soit aux apophyses géni, soit au maxillaire inférieur. Nous avons déjà signalé, en discutant la classification de Gérard-Marchant, l'existence relativement peu fréquente de ce pédicule. Lorsqu'il a été rencontré, il unissait plus souvent le kyste aux apophyses géni (19 cas). Dans un cas obs. de Morestin) c'est avec le tendon parti de ces apophyses géni que se confondait ce que l'on appelle le pédicule du kyste, et ce qui n'est en réalité qu'une zone d'adhérences à base plus ou moins étroite.

La paroi des kystes dermoïdes du plancher de la bouche est ordinairement mince (1 millimètre environ). Aussi note-t-on parfois qu'elle laissait transparaître le contenu jaunâtre de la tumeur. Ce point est d'un très grand intérêt au point de vue du diagnostic comme nous aurons l'occasion de le signaler en étudiant ce chapitre. Malgré sa faible épaisseur la paroi est relativement résistante — du fait de sa constitution fibreuse — aussi ne se rompt-elle pas facilement au cours des manœuvres de libération.

Contenu. — On peut écrire que le contenu d'un kyste dermoïde du plancher de la bouche est analogue à celui de tous les autres kystes de même nature et de même siège. Et nous entendons par là qu'il y a sur ce point unanimité absolue ou presque entre toutes les relations. Sans doute les termes varient quelque peu mais ce ne sont que comparaisons plus ou moins hardies où l'on retrouve voisinant avec le suif fondu la crème ou le miel concret — suivant l'imagination de l'auteur. Ce qu'il faut dire c'est que tous ces

kystes ont un contenu épais qui rappelle par sa consistance et par sa couleur le contenu des kystes sébacés. Mais il faut y joindre la présence d'une très faible quantité d'un liquide jaunâtre rarement séreux, le plus souvent filant et mélicérique. Il s'agit en effet des produits de sécrétion des divers éléments cutanés, — glandes sudopares et sébacées, desquamation épithéliale. Lorsque nous aurons fait connaître la structure de la paroi de ces kystes il sera des plus faciles de comprendre leur contenu.

Jamais on n'a trouvé dans la cavité kystique que des poils — en nombre d'ailleurs variable — pour la plupart incolores et très fins, c'était plutôt un duvet qu'une véritable touffe de poils. Et les auteurs paraissent signaler à l'envie que jamais aucune production autre que ces poils n'est reconnaissable. Point ici de ces dents, de ces fibres musculaires lisses ou striées comme on en trouve dans les kystes de l'ovaire. Une telle comparaison ne saurait se soutenir car comme nous le verrons, la pathogénie de ces deux affections pour connexe qu'elle soit ne saurait en rien se comparer. Il s'agit ici d'un enclavement de l'ectoderme, rien que de l'ectoderme et comment pourrait-il, nous le demandons, se trouver dans de tels kystes des éléments d'origine mésodermique. D'ailleurs ce point trouvera tout à l'heure le développement qu'il mérite et si nous l'avons signalé, c'est pour pouvoir plus brièvement exposer le type histologique du kyste dermoïde du plancher de la bouche.

Examen histologique. — Le kyste est d'origine ectodermique et sa paroi se trouve formé par tous les éléments constitutifs du revêtement cutané. Sans doute

on ne saurait parler de développement parfait de la portion incluse. Quelques assises cellulaires, quelques éléments normaux vont faire défaut mais il est des cas où la description qu'en donnent les auteurs est tellement nette que la structure d'une coupe de la peau se trouve parfois entière. On peut suivre toutes les transitions entre les divers aspects.

En résumé sous le microscope, la paroi du kyste apparaît formée :

1° *D'une couche épidermique :*

Avec une couche cornée.

Avec un corps muqueux de Malpighi dans lequel il est parfois possible de signaler divers étages de cellules comme dans la peau normale. La présence d'un stratum granulosum n'est pas chose rare, beaucoup moins fréquemment on a décelé des grains d'éléidine.

2° *D'une couche dermique :*

Ne se différenciant du derme cutané que par les points suivants :

a) Plus grande richesse en fibres élastiques.

b) Absence dans le plus grand nombre des cas de papilles qui, lorsque par hasard elles existent, sont atrophiées, presque méconnaissables.

c) Présence de bulbes pileux en nombre variable, mais toujours moins développés.

d) Faible proportion des glandes sudoripares.

e) Développement ordinairement très net des glandes sébacées qui sont souvent en nombre important.

Comme dans toutes les formations congénitales, nous retrouvons ici dans la couche externe un développement

vasculaire assez marqué. Il existe des vaisseaux à paroi embryonnaire qui n'ont pas été fréquemment signalés mais qui dans les cas rapportés par certains auteurs (Schuttehl) se sont montrés constants.

Quant à ces taches un peu particulières sur lesquels Kœnig, au dire de Cavaud, aurait insisté pour signaler leur structure spéciale : tissu riche en cellules rondes ou ovales à gros noyaux avec quelques cellules géantes assez analogues à des myélopaxes, nous avouons ne pas les avoir rencontrées plus dans les 33 observations avec examen histologique que dans notre cas personnel et ne nous basant pour écrire cette thèse que sur des documents vus et publiés à propos des kystes dermoïdes du plancher de la bouche, nous ne croyons pas devoir insister sur ce point.

L'examen chimique du contenu des kystes dermoïdes du plancher de la bouche ne nous arrêtera pas davantage : matières grasses, cristaux de cholestérine, cellules épithéliales, plus ou moins déformées par la macération subie, il n'y a là rien d'intéressant.

Existe-t-il des micro-organismes dans le contenu de ces kystes ? Cette question déjà résolue par Lannelongue et Achard, nous ne voulons pas la poser à nouveau car elle est insoutenable. Il faudrait en effet admettre une infection par voie sanguine. Est-il besoin de rappeler que jamais un kyste dermoïde ne s'est spontanément infecté ?

PATHOGÉNIE

Nous ne saurions à propos des kystes dermoïdes du plancher de la bouche entreprendre une étude complète du développement de ces sortes de tumeurs. Aussi bien un tel chapitre dans cette thèse que nous n'avons écrite que sur des documents serait presque un hors-d'œuvre. Nous entrons, en effet, avec la pathogénie, dans le domaine des hypothèses et il nous faudrait poser toute une série de points d'interrogation. Ce n'est pas là ce que nous nous proposons. Pour faire œuvre complète nous rappellerons en quelques mots quelles sont les théories émises sur cette question et nous n'insisterons que sur la théorie de l'enclavement présentée et soutenue par Verneuil.

Trois opinions sont en présence car nous écartons la théorie de la diplogenèse qui ne saurait s'appliquer à des tumeurs dermoïdes aussi simples que celles du plancher de la bouche :

1^o *La théorie de l'hétérotopie plastique* (Lebert) rapprochant les kystes dermoïdes des néoplasmes en ce qu'il s'agit d'après Lebert de la production spontanée de tissus en un endroit du corps où normalement ils n'existent pas, ne peut pas être défendue ;

2^o *La théorie des cellules nodales de Bard.*— Aussi fan-

taisiste que la précédente elle est basée sur une vue de l'esprit. L'organisme contiendrait des cellules dites nodales dérivées des premières divisions de l'ovule et susceptibles de prendre un caractère absolument spécifique, de telle sorte que leur prolfération pourrait dans le cas de kystes dermoïdes engendrer une tumeur de structure ectodermique ;

3^o *La théorie folliculaire* qui tend à faire des kystes dermoïdes des tumeurs non congénitales dues à la simple distension de certaines glandes par rétention des produits sécrétés, assimilant ainsi le kyste dermoïde à un kyste sébacé, n'est pas plus soutenable que les précédentes, car jamais on n'a rencontré de kystes sébacés siégeant au niveau du plancher de la bouche, jamais on n'a signalé de kystes sébacés adhérents à un os, et jamais on n'a pu observer de poils dans le contenu de ces kystes ;

4^o *La théorie de l'enclavement* fut soutenue par Verneuil en 1885. Elle est la seule qui se présente avec certaines preuves en apparence satisfaisantes pour l'esprit.

Cette thèse est basée sur le développement du cou. On sait que sur les parties latérales de la future région cervicale existe chez l'embryon de trois à cinq centimètres une série de fissures transversales symétriquement disposées. Ce sont les fentes branchiales ou pharyngiennes de Rathke. Séparant ces fentes des épaisissements mésodermiques locaux, les arcs branchiaux ou pharyngiens au nombre de quatre. Le premier arc mandibulaire formera le maxillaire inférieur, le deuxième et le troisième par leur extrémité antérieure vont en se réunissant sur la ligne médiane au-dessous du tuberculum impar constituer l'os hyoïde.

Primitivement ces arcs pharyngés sont écartés l'un de l'autre, ils se rapprochent progressivement et finissent par se souder; on comprend aisément qu'au moment où les arcs se rapprochent et tendent à se souder une petite portion du segment externe puisse se trouver coïncée.

Il en résulte qu'au milieu des tissus adjacents à ces arcs branchiaux, tissus destinés à fournir le plancher de la bouche, une toute petite portion d'ectoderme se trouve enfouie. On admet qu'elle puisse ne subir aucune évolution et rester stationnaire durant de très longues années, durant même toute la vie. Mais il est également possible qu'elle puisse s'accroître sous une influence qui nous échappe absolument et le kyste dermoïde est constitué. Il n'est point douteux qu'il n'y ait dans cette théorie de l'enclavement sinon toute la clef de l'existence des kystes dermoïdes du moins une grande partie de vérité. En effet les expériences de Masse de Bordeaux (1885), de Kaufmann, de Gross et de Schweiningen nous ont appris qu'en transplantant dans la cavité péritonéale des lambeaux de peau chez de jeunes rats blancs on pouvait reproduire après quelques mois des tumeurs ayant tous les caractères d'un kyste dermoïde.

Si l'on comprend aisément la possibilité de l'enclavement d'une portion de l'ectoderme, on se rend plus difficilement compte du siège constant des kystes à la face postérieure de l'os hyoïde ou du maxillaire inférieur. Pourquoi, puisque les deux lames osseuses qui vont former le maxillaire inférieur se moulent sur le cartilage de Meckel ne rencontre-t-on jamais d'enclavement qu'à la partie postérieure au niveau des apophyses géni? Il faut admettre qu'une petite portion de l'ectoderme s'est laissée en quelque sorte plisser

et qu'elle s'est trouvée sectionnée par la pince osseuse qui formant les deux masses latérales de l'os se rapprochent l'une de l'autre. Il faut admettre que la soudure se fait d'abord à la partie antérieure, puis progressivement d'avant en arrière l'os refoulant le segment enclavé. Il n'est point inadmissible qu'un tel mécanisme puisse exister. Mais nous ne le présentons que comme une hypothèse.

Quoi qu'il en soit le kyste adhère parfois au segment osseux adjacent et on a tiré de l'existence de ce pédicule un argument de plus en faveur de l'enclavement. Dès lors comment expliquer les cas où il n'existe aucune adhérence ?

Nous n'ignorons pas qu'on a longuement écrit sur la migration supposée des tumeurs congénitales, qu'on a invoqué le développement progressif des plans anatomiques auxquels elles confinent mais ce ne sont là que des vues de l'esprit sans aucune base solide. Tout cela est admissible sans doute mais rien de tout cela n'est prouvé et c'est ce qui rend difficile notre tâche. Et puis il y a plus : si ces kystes médians trouvent ici une théorie qui leur soit applicable existe-t-il rien de semblable dans le cas de kystes latéraux ? Et cependant eux aussi ont tous les caractères anatomiques et histologiques des tumeurs dermoïdes : leur contour est le même, leur paroi ne présente rien qui permette de les différencier des kystes médians. La même théorie peut-elle leur être appliquée ? Il nous semble que logiquement il faille répondre par l'affirmative d'abord parce que certains ont gardé des connexions médianes, ensuite parce que si l'on admet la migration d'une tumeur congénitale, rien ne s'oppose à ce qu'elle se retrouve dans les parties latérales de la langue. Nous nous rangeons donc

sous les réserves que comporte une telle question, à la théorie de l'enclavement. Mais nous avons tenu à souligner l'obscurité qui règne encore sur cette partie de la pathogénie. Que la tumeur soit d'origine ectodermique cela n'est pas douteux. Qu'elle trouve dans ses connexions osseuses peu fréquentes une marque de ses relations avec le squelette au cours du développement cela est admissible. Qu'elle puisse se mobiliser pour s'enfermer plus ou moins entre les muscles génio-hyoïdiens et même génio-glosses, qu'elle puisse gagner les parties latérales cela est plus douteux car aucune preuve n'a été apportée de semblables faits. Aussi nous excusera-t-on, n'ayant à apporter dans ce débat aucun fait nouveau, de nous être volontairement abstenu de serrer de près des questions à la fois si intéressantes et si obscures.

SYMPTOMES

La symptomatologie des kystes dermoïdes du plancher de la bouche est des plus nettes ; les notions en sont classiques et nous ne nous efforcerons que de les présenter d'une façon clinique.

Début

Le plus ordinairement le début en est obscur. Congénitale la tumeur doit exister depuis l'époque de la naissance, mais elle passe totalement inaperçue tant son volume est petit. Il faut qu'elle prenne des proportions déjà plus importantes pour que située dans une région aussi cachée que le plancher de la bouche, elle force l'attention du malade. Il faut qu'elle s'accroisse encore pour qu'elle arrive à le gêner et à le forcer à recourir au traitement chirurgical. Ces deux périodes déjà signalées dans l'étiologie l'une clinique, l'autre chirurgicale sont souvent séparées par un laps de temps assez notable. C'est ainsi que :

Dans 7 cas la tumeur fut reconnue durant le cours de la première année ;

Dans 8 cas la tumeur avait été reconnue plus de deux ans auparavant ;

Dans 7 cas la tumeur avait été reconnue plus de cinq ans auparavant ;

Dans 6 cas la tumeur avait été reconnue plus de dix ans auparavant.

Il est des cas où l'on pourrait être tenté d'accorder au kyste un début aigu coïncidant avec une crise dentaire par exemple. En réalité le malade a tendance à rapporter à cette cause l'apparition d'une tumeur existant depuis déjà de longues années et sur laquelle une coïncidence fortuite appelle à nouveau son attention.

Période d'Etat

Signes fonctionnels. — *Douleur.* — L'indolence est l'un des signes principaux du kyste dermoïde du plancher de la bouche et ce caractère va persister durant toute l'évolution de la tumeur. Les connexions de ces kystes avec des organes se laissant refouler à mesure qu'ils se développent, les rapports très éloignés qu'ils présentent avec le seul nerf sensible de la région, le nerf lingual, permettent de comprendre l'absence totale de tout phénomène douloureux. D'autre part, cette tumeur, qui ne s'infecte jamais tant que le chirurgien n'y porte pas lui-même les germes pathogènes, ne donne pas lieu à des phénomènes inflammatoires douloureux. Cependant dans l'observation de Quénu nous relevons un signe que nous n'avons trouvé signalé dans aucun autre cas : l'otalgie. Y avait-il entre ces douleurs d'oreille et la présence du kyste dermoïde simple coïncidence? Nous serions tenté de le penser en présence d'un fait d'une telle rareté.

Troubles de la fonction. — Par son volume, par son siège sous la langue, la tumeur va déterminer des troubles variés. Il est des cas où ses dimensions étaient telles que le malade ne pouvait plus rapprocher les arcades dentaires.

Sans doute un kyste occupant la partie toute déclive du plancher de la bouche peut en se développant surtout vers la région sus-hyoïdienne ne déterminer que des signes physiques. Par contre les kystes ad genio-glosse, vont rapidement refouler la langue en haut et en arrière. Qu'en résulte-t il ? La langue, plaquée contre la voûte palatine d'une part et d'autre part gênée dans sa mobilité, va ne permettre qu'une préhension difficile des aliments. Si l'on veut bien se rappeler le rôle important que joue la langue dans la mastication et la déglutition on conçoit que la perte de la mobilité de la partie antérieure et moyenne de cet organe ne va pas sans gêner considérablement ces fonctions. C'est du reste la gêne de la mastication et de la déglutition qui fut le plus souvent signalée par les auteurs (33 cas). La parole se ressent également de la présence d'une tumeur qui soulève et déplace la langue. Aussi voyons-nous assez souvent les malades présenter ce timbre de voix particulier qui a fait donner à une autre variété de kystes du plancher de la bouche le nom de grenouillettes. Dans d'autres cas la gêne de la prononciation s'accuse surtout par la difficulté qu'a le malade de prononcer certaines consonnes (l, d, en particulier). Ces signes fonctionnels sont relevés dans 27 cas.

Les connexions que présente la tumeur avec la glande sublinguale et avec le canal de Wharton pouvaient faire

peuser que la salivation ne saurait être modifiée. Et *a priori* on serait tenté de croire que s'il venait à exister quelques troubles de cette sorte seuls des phénomènes de compression devaient être notés. Il n'en est rien et c'est au contraire une apparente exagération de la sécrétion salivaire que nous avons relevée dans quelques cas d'ailleurs rares (4 cas). Parfois le malade a noté qu'il expectorait une certaine quantité de salive, parfois il est dit que l'écoulement salivaire était très notable surtout pendant le sommeil (cas de Hofmeister). Que signifient ces faits? Non pas à notre avis une exagération de la sécrétion salivaire mais bien une impossibilité pour le malade de déglutir sa salive. Il s'agit donc ici des troubles de la déglutition et non des troubles de la salivation. Et ceci nous explique le fait un peu paradoxal d'une tumeur apte à gêner surtout l'excrétion de la salive et aboutissant en réalité à un effet absolument inverse au moins en apparence. Donc la perte de la mobilité de la langue entraîne des troubles de la mastication, de la déglutition, de la salivation et de la phonation. La respiration est en général absolument normale. Cependant dans 9 cas, il est noté que la respiration était un peu gênée. Mais tous ces cas ont trait à de volumineuses tumeurs occupant tout le plancher de la bouche (kystes à la fois médians et latéraux). Rien de surprenant à ce que la langue refoulée très en arrière soit une cause de troubles toujours sans gravité réelle, sauf toutefois dans le cas de Reclus dont le malade faillit mourir d'asphyxie.

C'est à ces troubles respiratoires que se rattache le cas d'Hofmeister dans lequel le malade porteur d'une volumi-

neuse tumeur présentait durant la nuit un ronflement tellement sonore qu'il gênait ses compagnons de chambre.

Enfin il est de ces malades qui présentent au complet ce tableau symptomatique alors que d'autres n'accusent que l'un ou l'autre de ces signes fonctionnels ou même un seul d'entre eux à l'exclusion de tous les autres.

Signes physiques. — Beaucoup plus importants sont les signes physiques des kystes du plancher de la bouche. Car c'est sur eux seul que nous nous baserons pour établir le diagnostic de cette variété de kyste

INSPECTION. — Un malade porteur d'un kyste dermoïde du plancher de la bouche présente une tumeur.

Parfois elle siège dans la région sus-hyoïdienne au-dessous et en arrière du bord inférieur de la symphyse mentonnière et c'est elle qui frappe à première vue le chirurgien.

Parfois le plus souvent c'est dans la cavité buccale que la tumeur fait saillie. On conçoit aisément que l'aspect sera tout autre suivant que le kyste siègera au contact de la sangle mylo-hyoïdienne entre les génio-hyoïdiens, ou au-dessus de ces derniers muscles.

Le kyste est-il ad génio-hyoïdien ? La tumeur médiane soulève le plancher de la bouche et refoule la sangle mylo-hyoïdienne. La saillie buccale l'emportant cependant le plus ordinairement sur la saillie sus-hyoïdienne.

Le kyste est-il sus-jacent aux génio-hyoïdiens, la tumeur si elle est peu volumineuse est uniquement buccale. D'abord médiane elle gagne latéralement soit l'un des côtés, soit les deux côtés de la région. A un degré de plus, le plancher de la bouche se laisse déprimer par la tumeur trop à l'étroit et la saillie sus-hyoïdienne apparaît. L'obser-

vation que nous rapportons en est la preuve la plus exacte.

A l'ouverture de la cavité buccale, la tumeur apparaît donc médiane ou latérale, parfois s'étendant de chaque côté en une sorte de fer à cheval inscrit dans la concavité du maxillaire inférieur. Cette tuméfaction recouverte par une muqueuse d'aspect normal dans la très grande majorité des cas. Dans une observation de Guterbrock il est dit cependant qu'en un point la muqueuse était épaissie et rouge, mais ce fait est le seul que nous ayons pu noter. Parfois, mais rarement quelques veines dilatées mais ne donnant jamais à la muqueuse cet aspect bleuâtre caractéristique des grenouillettes. Le frein de la langue repoussé par la tumeur s'est parfois étalé sur la masse et a complètement disparu. La langue apparaît soulevée plus ou moins par la tumeur sous-jacente. Parfois plaquée contre la voûte palatine elle disparaît pour ainsi dire derrière la tumeur. Il est dit dans notre observation qu'elle formait au-dessus et en arrière de la tumeur une sorte de bourrelet rougeâtre peu mobile. En effet la langue a perdu sa mobilité, ou tout au moins les mouvements de l'organe sont nettement limités. Tenir la langue hors de la bouche devient presque impossible au malade.

Ce qui frappe surtout et c'est là le point capital, c'est que la paroi distendue et légèrement amincie de la tumeur se présente avec une coloration jaunâtre caractéristique. C'est là un point qui mérite d'être souligné car il peut à lui seul lorsqu'il existe faire porter le diagnostic de kyste dermoïde. Cet aspect jaunâtre au moins au niveau du point le plus saillant témoigne que le contenu du kyste est celui que l'anatomie pathologique nous a appris être assez ana-

logue à du beurre. Est-il besoin d'ajouter qu'une telle tumeur ne saurait être transparente en aucun point. Ces signes découlent de l'étude anatomo-pathologique faite plus haut.

PALPATION. — A la palpation on apprécie les contours de la tumeur qui presque toujours en bas et en arrière se laisse assez difficilement circonscrire.

Pas plus de fluctuation que de transparence dans la majeure partie des cas mais parfois cependant soit la sensation de flot assez nette (21 cas) sont bien plutôt une sensation de pseudô-fluctuation assez analogue à celle obtenue par la palpation d'une tumeur lipomateuse.

Il est possible souvent au doigt qui déprime une tumeur relativement volumineuse d'exagérer la voussure sous-mentale comme si le kyste se réduisait dans une poche plus bas située. En réalité cette comparaison n'est pas juste car il ne s'agit ici que de la dépression en masse de tout le plancher de la bouche venant soulever la peau de la région sus hyoïdienne. D'ailleurs le malade peut à volonté dans les cas de kyste volumineux exagérer cette saillie sus hyoïdienne, rien qu'enfermant la bouche, la langue venant appuyer sur la tumeur, ce fait est expressément noté dans notre observation. En même temps que le doigt déprime la tumeur pour percevoir la fluctuation il lui arrive de déterminer la formation d'une sorte de dépression en godet, dépression qui persiste durant quelques minutes. On pourrait donner à ce signe capital le nom de *signe de l'empreinte* pathognomonique d'un kyste dermoïde du plancher de la bouche, il fait malheureusement le plus ordinairement défaut car nous ne le relevons que dans 5 cas.

La tumeur circonscrite, il reste à s'assurer de sa mobilité, elle est en général nette surtout si le kyste n'est pas trop volumineux. Il est alors possible de lui imprimer en effet dans le sens transversal des mouvements assez étendus. Les mouvements de haut en bas ou de bas en haut sont beaucoup plus difficiles à rechercher et à obtenir de même la mobilité antéro-postérieure est presque absolument nulle. Durant toutes ces recherches le chirurgien avec le pouce et l'index gauche fixera l'os hyoïde pour s'assurer des connexions de la tumeur avec le corps de cet os. Existe-t-il un pédicule? L'os hyoïde suivra les mouvements imprimés au kyste. Il est plus difficile de rechercher si la tumeur adhère ou non aux apophyses géni. Nous avons tenté chez notre malade en introduisant le doigt entre la face postérieure du maxillaire inférieur et la face antérieure de la tumeur de déceler l'existence d'un pédicule. Il nous a paru qu'il existait entre l'os et le kyste quelques tractus fibreux que nous avons pu reconnaître d'ailleurs au cours de l'opération.

Mais il n'y a là rien qui puisse être nettement établi et telle tumeur qui cliniquement paraissait absolument libre s'est montrée lors de l'extirpation solidement attachée à l'os hyoïde ou au maxillaire inférieur. C'est pourquoi, nous le répétons à dessein, la classification de Gérard-Marchant ne saurait avoir cours en clinique.

Pour compléter cet examen clinique on s'assurera du siège des canaux de Wharton ordinairement placés plus ou moins loin de leur situation normale, qu'ils soient écartés en dehors ou qu'ils aient subi une légère ascension.

Il n'est point superflu de s'assurer, au besoin par l'é-

preuve du sel, de la situation exacte de ces deux orifices, car, comme nous le verrons au chapitre du traitement, il est des cas où l'incision de la muqueuse buccale faite transversalement pourrait entraîner leur lésion.

Les kystes latéraux ont la même symptomatologie que les kystes médians, ils n'en diffèrent cliniquement que par leur siège latéral et par leur forme allongée.

Quant à la tumeur sushyoïdienne par laquelle le kyste accuse parfois sa présence, disons qu'elle simule un double menton, tant par son volume ordinairement peu marqué, que par son siège un peu en retrait de la saillie du menton. Elle est toujours recouverte par une peau absolument saine.

Il est inutile d'ajouter que si le kyste a subi quelques traumatismes opératoires et *a fortiori* s'il a été infecté autrefois, les caractères cliniques sont tout à fait différents, mais nous ne voulons pas entrer dans de tels détails au reste peu intéressants qui ne sont plus du domaine des kystes dermoïdes normaux du plancher de la bouche.

DIAGNOSTIC

Il n'est point de chapitre qui pourrait être aussi brièvement écrit que celui du diagnostic des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. En effet les erreurs qu'il est possible de commettre sont si peu nombreuses et pour la plupart si facilement évitables qu'il n'est point besoin de s'arrêter longuement à cette étude du diagnostic. Toutefois il est encore quelques points qu'il est bon de préciser, quelques erreurs qu'il nous paraît intéressant de réfuter.

Tout d'abord il faut définitivement écarter certaines tumeurs dont le diagnostic est longuement discuté même dans les thèses récentes. Il est en effet bien évident que nous ne saurions avec Cavaud parler de diagnostic différentiel entre les kystes dermoïdes et les abcès chauds du plancher de la bouche. Au même titre nous rejetons cette variété de fausse grenouillette qu'on persiste à dénommer grenouillette aiguë et qui nous paraît relever d'une toute autre pathogénie. Les tumeurs malignes du plancher de la bouche ne sauraient trouver place dans cette question du diagnostic.

L'angiome du plancher de la bouche (la vieille grenouillette sanguine de Dolbeau) a pour elle sa situation latérale, la dilatation veineuse de la muqueuse environnante qui

pour n'être pas toujours très marquée ne fait cependant pas défaut. Il n'y a pas à proprement parler de tumeur dans ces cas d'angiomes et jamais la confusion ne nous a paru pouvoir être faite entre ces deux affections.

Si, d'autre part, nous rejetons, comme il est de notre droit, les tumeurs sus-hyoïdiennes qui ne sauraient être confondues par leur siège anatomique qu'avec un kyste sous-mylo-hyoïdien (variété que nous avons éliminée du cadre de cette question), il est évident que le diagnostic se limite.

Le lipome du plancher de la bouche est à peu près la seule tumeur capable d'égarer le diagnostic. Mais, en réalité, dans aucune observation, il n'est signalé qu'une telle erreur ait été commise. L'eût-elle été que certains signes auraient pu permettre de l'éviter. La tumeur est moins bien limitée que le kyste dermoïde, et elle ne donne jamais cette sensation pâteuse si caractéristique de ces tumeurs, de même elle ne jouit pas d'une mobilité aussi grande que ces dernières. C'est d'ailleurs déjà trop insister sur une telle variété de tumeur dont on compte encore les cas.

Nous ne pouvons pas omettre de signaler les kystes hydatiques du plancher de la bouche, diagnostic d'exception qui serait plutôt à faire avec une grenouillette qu'avec un kyste dermoïde de cette région. En pratique un tel diagnostic reste absolument impossible sauf le cas, et qui ne nous paraît pas avoir été signalé d'une localisation secondaire chez un malade porteur d'un kyste hydatique du foie diagnostiqué.

Il est donc bien avéré que le diagnostic ne peut hésiter qu'entre la grenouillette vraie commune et le kyste der-

moïde du plancher de la bouche. De fait, 2 fois le diagnostic de grenouillette fut porté. Alors qu'on se trouvait en présence d'un kyste dermoïde et 3 fois le diagnostic resta hésitant entre les deux affections jusqu'au moment de l'intervention. C'est que ces tumeurs de parenté étroite ont des caractères communs. On sait et il est admis depuis longtemps, quoiqu'en dise Cavaud dans sa thèse (Bordeaux, 1903-1904), que les grenouillettes sont des tumeurs congénitales et non pas des tumeurs salivaires. Bien que les caractères cliniques de ces deux affections soient parfois les mêmes, le diagnostic est cependant possible.

Sans doute si le kyste se présente avec tout le cortège symptomatique que nous lui avons décrit : tumeur médiane, adhérente à l'os hyoïde ou au maxillaire inférieur, de consistance mollasse, gardant l'empreinte du doigt, laissant apercevoir cette teinte jaunâtre qui extériorise pour ainsi dire la nature de son contenu, le diagnostic est tout fait. Mais il est des cas où la tumeur est fluctuante, où elle ne présente aucune adhérence, où la muqueuse est sillonnée de quelques veines, et ne laisse pas deviner le contenu de la tumeur, dans ces cas le diagnostic demande à être serré de plus près. Analysons donc les signes de ces deux affections en les opposant pour tenter d'en faire ressortir les contrastes.

Le siège de la tumeur peut déjà guider le diagnostic. La tumeur occupait-elle au début franchement la ligne médiane ? Il y a eu plus forte présomption pour qu'il s'agisse d'un kyste dermoïde, car la grenouillette est d'abord nettement latérale et ce n'est que secondairement qu'elle peut faire saillie au niveau du frein de la langue. Et si elle

prend contact avec le frein elle le dévie souvent plutôt qu'elle ne l'étale à la façon du kyste dermoïde, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il existe des kystes latéraux et que dans ces cas la notion du siège de la tumeur perd toute sa valeur.

La muqueuse qui recouvre la grenouillette amincie, comme celle qui recouvre le kyste dermoïde, se différencie cependant par un caractère important, c'est son aspect bleuâtre qu'on ne rencontre jamais dans les kystes. Encore est-il vrai de dire que parfois la muqueuse sous-jacente au kyste offre quelques dilatations veineuses qui peuvent gêner le clinicien.

L'argument tiré des sensations différentes que donnent aux doigts qui les palpent ces deux variétés de tumeurs a déjà plus de valeur. Il est certain que le plus ordinairement la grenouillette est plus ferme, plus résistante que le kyste dermoïde. Ce dernier se laisse déprimer par le doigt et offre une consistance pâteuse et mollassse qui jamais ne se retrouve chez une grenouillette. Mais il est des cas limitrophes, et tel kyste à paroi tendue et fluctuant peut en imposer pour une tumeur nettement liquide, en l'espèce pour une grenouillette. Inversement une grenouillette dont la poche contient du liquide en moindre quantité peut permettre dans une certaine mesure au doigt de déprimer sa paroi.

Le meilleur signe essentiel reste encore la transparence.

On la constate facilement à l'œil nu et l'on peut dire qu'une tumeur transparente n'est jamais un kyste dermoïde du plancher de la bouche. Cette transparence on

peut la mettre mieux encore en évidence comme l'indiquent Brindel et Cavaud par le procédé d'Héring, la diaphanoscopie. En éclairant la face par transparence au moyen d'une petite lampe électrique introduite dans la bouche, la tumeur se laisse traverser par les rayons lumineux si elle est liquide, au contraire elle apparaît opaque lorsque le contenu est semi-solide comme dans le cas de kyste dermoïde.

Enfin il est une méthode que tous les auteurs ne manquent jamais de signaler pour en chanter les louanges. C'est la ponction exploratrice. Au risque de paraître osé, nous n'hésitons pas à la rejeter comme une méthode infidèle et dangereuse. Infidèle car faite à l'aiguille de Pravaz elle ne saurait donner que des résultats négatifs quand elle s'applique au diagnostic du kyste dermoïde du plancher de la bouche. On peut même dire plus : si par hasard elle ramenait quelques gouttes de liquide jaunâtre un peu filant, elle ne fixerait en rien ce diagnostic à moins que retournant aux anciennes pratiques on n'hésite point à se servir d'un énorme trocart qui permet de donner issue à une partie du contenu de la poche. Dangereuse elle l'est car elle ouvre la porte aux germes pathogènes et elle peut devenir une cause d'infection pour une tumeur qui par elle-même ne s'infecte jamais.

Il est donc temps de faire justice de cette ponction exploratrice. Si le diagnostic reste hésitant entre la grenouillette et le kyste dermoïde, le mal est-il si grand, puisque le traitement est le même dans les deux cas ? Recourons à l'ex-tirpation et du même coup nous aurons assuré notre diagnostic et guéri notre malade.

Nous avons à dessein éliminé les kystes mucoïdes du plancher de la bouche. Il est en effet rare de les rencontrer là où siègent les kystes dermoïdes. Ce sont pour la plupart des tumeurs linguales et si par hasard le diagnostic se posait entre ces deux variétés de kystes, l'erreur serait presque fatalement commise et le kyste mucoïde serait confondu avec une grenouillette.

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes dermoïdes du plancher de la bouche est essentiellement bénin. Ce que nous avons dit de l'accroissement lent de ces tumeurs, de leur résistance absolue à l'infection de leur non-dégénérescence nous permet d'être bref sur ce point. Le kyste est une tumeur qui parfois peut devenir gênante, mais qui jamais ne revêt aucune allure de gravité. Il est bien difficile de dire ce que deviendrait un kyste dermoïde de la bouche abandonné à lui-même, car ou bien il reste stationnaire ou bien il augmente de volume et nécessite une intervention.

Jamais il n'a été signalé que le kyste puisse arriver à des dimensions telles que la distension en entraîne la rupture. D'ailleurs l'épaisseur et la résistance de leurs parois permettent de comprendre facilement une telle évolution.

En résumé, tumeur à accroissement lent, gênante par son volume, absolument bénigne : tel se présente toujours le kyste dermoïde du plancher de la bouche.

TRAITEMENT

Le traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche a passé par les mêmes étapes que celui de toutes les tumeurs liquides en général ; la thérapeutique en fut simple primitivement. Encore serait-il plus vrai d'écrire qu'elle redevint simple après avoir été dans les tous premiers cas assez hardie. Dans le cas princips de Pierre de Marchettis le kyste fut enlevé et les premiers travaux un peu documentés parus sur cette question signalent la nécessité d'attaquer ces tumeurs au bistouri et de les extirper.

Plus tard lorsque l'acte opératoire devint, faute de précautions antiseptiques ou aseptiques, d'une gravité qui dépassait de beaucoup celle du mal, toutes ces tumeurs liquides furent regardées comme justiciables d'un minimum de thérapeutique active. On s'adressa à la ponction faite avec un gros trocart et suivie de l'évacuation du contenu du kyste. Cette méthode donna de suite des déconvenues car le contenu mélicérique et butyreux de la tumeur rendit infructueuse l'évacuation du kyste.

D'ailleurs même si l'on parvenait à vider le kyste, la récédive en était rapide et la ponction n'eût donc plus que cet avantage d'ailleurs réel de mettre le malade à l'abri

des graves complications phlegmoneuses qu'entraînait presque fatalement toute tentative d'extirpation. C'est alors qu'on tenta d'injecter dans la cavité du kyste des liquides variés dans le but de provoquer une réaction inflammatoire atténuée. Le kyste s'enflammant suppurait, mais avec un minimum de dégâts locaux et de gravité. Peu à peu le processus fibreux envahissait la paroi kystique et le malade après plusieurs tentatives de ponction suivie d'injection obtenait une guérison définitive.

C'est à cette méthode générale que se rattache la méthode d'Esmarch que nous avons trouvée signalée dans toutes les thèses allemandes même les plus récentes. Cette méthode consiste après une ponction faite avec un gros trocart, à diluer le contenu du kyste en injectant une solution faiblement carbolée (Carbolloesung). Le kyste est ensuite vidé et quelques grammes d'une solution de Lugol sont injectés dans la cavité du kyste et retirés après quelques minutes.

Le pas qui séparait la ponction de l'incision simple du kyste fut rapidement franchi. C'est maintenant à ciel ouvert qu'on tente de détruire la poche, soit par un grattage soigné, soit par une cautérisation au nitrate d'argent. Finalement pour hâter la guérison on résèque une partie de cette poche et on marsupialise le reste. Et ainsi la méthode de l'extirpation supplanta la méthode qu'on pourrait appeler médicale.

Il semblerait à première vue que ces préceptes sont de date très ancienne et que depuis longtemps, justice ayant été faite de toutes ces méthodes de traitement, la seule conduite logique soit suivie par tous : l'extirpation du kyste.

Et cependant dans une thèse de Lyon, de 1893, nous avons encore à notre grand étonnement trouvé préconisée la méthode d'incision avec excision partielle et cautérisation de la paroi kystique. Cette méthode rétrograde n'est justifiée par rien de ce que nous avons pu noter et lire en relevant l'ensemble des quatre-vingt-deux observations parues à notre connaissance sur cette question.

A l'heure actuelle, l'accord est unanime, la conduite suivie par tous les chirurgiens est la même. Elle consiste à extirper le kyste et suivant les opérateurs à fermer immédiatement la plaie opératoire ou à drainer. La question du drainage et de sa non valeur sera tout à l'heure discutée.

Si le principe de l'extirpation est universellement admis, les divergences commencent et lorsqu'il s'agit d'aborder le kyste.

Deux voies donnent accès dans la région du plancher de la bouche, l'une la voie haute, la voie buccale, l'autre, la voie basse, la voie sus-hyoïdienne, la première est la voie muqueuse, la seconde la voie cutanée. Nous n'hésitons pas à rejeter formellement la voie cutanée et nous inscrivant en faux contre certaines affirmations, nous soutenons que toute tumeur du plancher de la bouche n'est abordable que par la voie haute, par la voie buccale. En écrivant ces lignes nous ne faisons que recueillir et transmettre les enseignements des plus éminents de nos maîtres de la Faculté. La voie buccale ne fut-elle pas défendue à la Société de chirurgie par les professeurs Quénu, Berger? etc.

Sur quoi donc se basait notre regretté maître Gérard-Marchant quand il soutenait que la voie sus-hyoïdienne

était la voie de choix? Sur la saillie appréciable que forme souvent dans la région sus-hyoïdienne le kyste du plancher de la bouche, sur la possibilité d'opérer sans difficulté en se tenant loin de tous les organes du plancher de la bouche.

Ces arguments n'ont qu'une valeur très relative et il est vraiment facile de démontrer que la voie buccale est la seule recommandable parce qu'elle est la seule voie anatomiquement logique. C'est pour étayer nos conclusions thérapeutiques, plus peut être que pour expliquer certaines connexions anatomiques, que nous avons en nous en excusant rappelé sommairement ce qu'est le plancher de la bouche. Sans doute si l'on avait affaire à un kyste sus-hyoïdien, situé sous la sangle mylo-hyoïdienne, la voie cutanée ne serait pas plus discutable que la voie buccale pour les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

Mais, puisque c'est au-dessus du mylo-hyoïdien que se développe le kyste, puisque même lorsqu'il paraît être sus-hyoïdien il n'est en réalité que buccal c'est par en haut qu'il faut aller l'extirper. Passer par la voie sus-hyoïdienne, c'est imposer au malade et surtout à la jeune malade une cicatrice, c'est opérer aveuglément au fond d'un puits, c'est sacrifier la sangle mylo-hyoïdienne qu'il faut respecter, c'est se créer des difficultés opératoires qui, pour être bien au-dessous des moyens d'un chirurgien de carrière et peut-être même de fortune n'en sont pas moins inutiles et à ce titre récusables. Sans doute, Gérard-Marchant a pu répondre victorieusement au premier de ces griefs du haut de la tribune de la Société de chirurgie qu'il avait opéré une jeune fille par la voie sus-hyoïdienne et que le résul-

tat donnait esthétiquement toute satisfaction à l'opérée et à l'opérateur. Mais peut-être n'eut-il pas obtenu dans tous les cas un résultat aussi probant et, c'est toujours s'exposer à un échec que de préférer la voie cutanée à la voie muqueuse. Sans doute le muscle mylo-hyoïdien incisé, une fois la tumeur enlevée, sera réuni par une suture qui ne laissera du traumatisme opératoire qu'une cicatrice fibreuse, mais cet argument est à nos yeux de faible valeur.

C'est donc à la voie buccale qu'on aura recours. Ou le kyste est médian, c'est la règle, ou le kyste est latéral, c'est le fait rare. Dans le cas de kyste médian, l'incision verticale du frein passant entre les deux orifices des canaux de Warthon permet de décoller les deux feuillets latéraux de la muqueuse et de pénétrer dans le segment médian du plancher de la bouche. L'incision transversale à la partie moyenne du frein est peut-être préférable lorsque la tumeur s'est développée surtout transversalement lorsqu'elle fait une saillie appréciable sous la muqueuse.

La plupart des opérateurs ayant eu recours à l'incision transversale ont préféré la faire légèrement, convexe en bas. Linhart dans son observation rapporte qu'il brancha sur cette incision curviligne une incision basse verticale, détachant ainsi trois lambeaux muqueux qui lui donnèrent un accès large sur la tumeur. Dans une observation de Schmitt, nous trouvons signalée une incision un peu particulière et qui ne nous paraît pas présenter de réels avantages. L'opérateur, par une double incision courbe, circoncrivit une portion ovalaire de la muqueuse buccale qui fut disséquée et enlevée. Ce sacrifice muqueux, alors qu'il n'existait aucune adhérence le commandant, nous paraît

parfaitement inutile pour aborder un kyste du plancher de la bouche. Il est juste même de noter que cette manœuvre est dangereuse car plus que tout autre elle expose aux lésions de l'orifice des canaux de Wharton. D'ailleurs il faut se hâter d'ajouter que les canaux de Warthon ne sont jamais en cause, et en effet la tumeur médiane qui fait saillie dans la région du frein de la langue étale la muqueuse et de ce fait éloigne les orifices des conduits excréteurs de la glande sous-maxillaire. Déplacés au dehors, ils peuvent l'être en haut : rien n'est plus facile au début d'une extirpation que de s'assurer de leur situation et, s'il y avait quelque doute, l'épreuve du sel en faisant sourdre immédiatement la salive en grande abondance, leverait toute hésitation. Parvenu sur la tumeur on procédera à son énucléation. Avec une paire de ciseaux mousses tenus fermés on pratiquera le décollement du kyste. Il nous semble préférable aseptiquement de ne pas pratiquer cette énucléation au doigt.

Le décollement et l'extériorisation de la tumeur seraient rendus plus faciles par la traction du kyste au moyen d'une pince à griffes. Cette manœuvre a le grand désavantage de perforer le kyste, de donner issue au contenu, masse, comme nous l'avons vu, de couleur jaunâtre, de consistance grasseuse, qui vient souiller le champ opératoire. La poche déchirée ne se laisse plus décoller facilement. Alors que précédemment lorsqu'elle était indemne la tumeur pouvait être grâce à sa résistance énucléée sans grande difficulté, maintenant elle se fragmente, elle se laisse déchirer par les mors de la pince. A l'opération réglée, propre, agréable à voir, l'opérateur a substitué

pour un gain minime une opération moins nette et plus laide. C'est au même titre que nous rejetons la ponction pendant l'extirpation du kyste. D'ailleurs nous avons déjà vu l'inutilité d'une telle manœuvre. Sans doute dans l'opération de Linhart la ponction diminua d'un tiers le volume du kyste et le rendit facilement extirpable, de même dans l'observation de Quénu elle donna issue à ce liquide clair et séreux. Mais dans la plupart des cas où elle fut pratiquée le liquide fut nul et l'opérateur, qui, sans aucun doute, attendait d'elle la confirmation du diagnostic, dut ouvrir la poche, la vider dans la bouche et l'extirper temps perdu en des manœuvres inutiles. Ce n'est pas à l'heure où la ponction et l'évacuation sont rejetés comme premier temps de l'ablation des kystes de l'ovaire même volumineux qu'on serait en droit de défendre une telle méthode pour un petit kyste du plancher de la bouche. Nous n'ignorons pas que c'est par une analogie un peu forcée que nous rapprochons les kystes de l'ovaire des kystes du plancher buccal, et que les arguments donnés contre la ponction et l'évacuation des tumeurs liquides de l'ovaire sont d'un tout autre ordre. Mais pour rester dans le domaine où la comparaison peut se soutenir, nous demandons (sûr de la réponse) quel chirurgien, posant le diagnostic ferme de kystes dermoïdes de l'ovaire, n'énucléerait pas d'emblée sans ponction la tumeur ainsi étiquetée. D'ailleurs, toutes les manœuvres sont inutiles, la petite tumeur que forme le kyste est entourée d'une couche celluleuse qui constitue un excellent plan de clivage. Le ciseau décolle avec facilité et sécurité le kyste qui ne tient pas aux parties voisines ou s'il y adhère, qui ne présente

que l'adhérence limitée de son pédicule. Existe-t-il un pédicule, il importera de le suivre jusqu'à son insertion osseuse en disséquant ce petit prolongement par lequel tient uniquement le kyste déjà énucléé en entier. Une fois sur l'os, le pédicule sera sectionné au ras de l'os, aux ciseaux ou au bistouri. Certains chirurgiens sont allés jusqu'à ruginer le point osseux sur lequel s'attachait le pédicule, peut-être est-ce accorder une bien grande importance à ce petit prolongement fibreux plus ou moins adhérent aux tendons nés des apophyses géni et ruginer nous paraît au moins inutile sinon dangereux. La tumeur peut donc être enlevée par voie buccale très rapidement sans que l'on mette à découvert aucun des organes situés anatomiquement dans les fosses latérales au frein de la langue. Par son volume le kyste déplace et refoule sur place les organes, cependant il est signalé dans quelques observations (obs. de Guëber qu'on reconnut l'extrémité antérieure des glandes sublinguales, les canaux de Warthon et même le nerf lingual, il est juste d'ajouter que dans cette observation la voie suivie fut la voie sus-hyoïdienne et sans aucun doute, l'opération rendue plus difficile, du fait de l'étroitesse du champ opératoire, l'opérateur s'égara sur les parties latérales.

La tumeur enlevée, il reste sous la muqueuse une excavation plus ou moins profonde, le lit du kyste. Cette fosse siège naturellement sur la ligne médiane au-dessus des génio-hyoïdiens. La muqueuse rabattue sur cette fosse et suturée à elle-même, en laissera persister la profondeur et, pour les chirurgiens qui craignent les espaces morts cette éventualité acquiert une importance notable. C'est l'un

des principaux arguments dont on s'est prévalu contre la voie buccale. On prétend que dans cet espace un épanchement sanguin peut se collecter et devenir la source d'une infection grave du plancher de la bouche. Le fait est à discuter. Nous avons relevé avec le plus grand soin parmi les observations qui font la base de ce travail le nombre des cas où les opérateurs furent arrêtés par la crainte de refermer simplement la couverture muqueuse, et durent à cet effet, tantôt tamponner, tantôt drainer. Le drainage est difficile à comprendre. Autant par la voie sus-hyoïdienne un tube de caoutchouc peut assurer le libre écoulement des liquides exsudés, autant nous sommes en droit de nous demander, si le drain est laissé à demeure dans la cavité buccale, comment peuvent s'échapper les liquides et quel service il peut rendre ? Et maintenant il nous paraît que le drainage ne saurait se comprendre. Il est inutile et de plus dangereux. Que craint-on ? Une infection du plancher de la bouche par les liquides septiques venus de la cavité buccale. Comment essaie-t-on de parer à de tels accidents ? En laissant une brèche par où librement cette infection peut s'installer et évoluer. Jamais la suture muqueuse ne peut être à ce point fermée qu'il ne soit possible aux liquides stagnant dans la bouche de filtrer sur les côtés du drain. D'ailleurs ce drain agissant à titre de corps étranger n'entraîne-t-il pas une exagération de la sécrétion salivaire et peut-être une exaltation des germes pathogènes ? Cette hypothèse nous ne pouvons l'affirmer mais nous le soutenons comme plausible. Ce que nous avons dit du drainage nous pouvons le dire du tamponnement. Cette méthode ne peut avoir qu'une

utilité, celle d'arrêter une hémorragie en nappe dont il est impossible de tarir les sources une fois l'opération achevée. La question ne se pose pas pour les petits kystes ne dépassant pas le volume d'une noix. Elle est plus intéressante pour les kystes du volume d'un œuf ou de la grosseur du poing. Il nous paraît même dans ces cas que si l'opération a été conduite comme nous venons de l'exposer en énucléant lentement et méthodiquement le kyste qui ne présente aucune adhérence le suintement ne saurait être très considérable. Nous avons dit que les vaisseaux qui pourraient être intéressés étaient plus profonds en dehors de cette zone refoulée par la tumeur sans doute mais séparée d'elle par un plan de clivage des plus favorables. Une de ces veines est-elle blessée par un malencontreux hasard une pince l'aveuglera et une ligature au catgut assurera l'hémostase.

Faire une bonne hémostase dans les cas difficiles, est un point absolument nécessaire. Quelques vaisseaux sans intérêt suintent-ils en nappe, agissons par un tamponnement, qui au bout de quelques minutes amènera l'étanchéité de la plaie et permettra de suturer sans laisser en place aucun corps étranger. D'ailleurs ce danger de l'infection est-il si réel qu'il ait le droit de faire rejeter ou même critiquer la voie haute? L'assurance de l'inexactitude de ces cas nous apparaît si nous consultons les observations. Sur 82 observations relevées par nous, 22 fois la voie buccale fut employée, dans 3 cas on pratiqua le tamponnement dans 2 cas le drainage. Sur les 17 cas restants nous ne relevons que 6 cas où les jours suivants du gonflement et de la fièvre apparaissent. Ces 6 cas ont tous

trait à des kystes sur lesquels une action chirurgicale antérieurement exercée (ponction ou incision) avait entraîné la suppuration du kyste. Tous sont antérieurs à 1890, et nous avons le droit à ce double titre de n'en point faire état. De 1890 à nos jours nous avons relevé 10 cas traités par la fermeture immédiate de la plaie muqueuse et tous ont guéri sans aucun incident. Seul dans le cas d'André en 1894 le deuxième jour apparut un gonflement qui disparut immédiatement. Si par contre nous opposons les 2 cas où le tamponnement fut effectué nous voyons que dans le cas de Caye (1892) le septième jour apparut une hémorragie secondaire qui compliqua les suites opératoires. Dans le cas très récent de Heydenreich (1908) le tamponnement à la gaze iodoformée pratiqué n'eut pas de conséquences fâcheuses.

Il est donc acquis que pour la plus grande majorité des cas le tamponnement et le drainage sont inutiles. Le fait peut cependant se présenter où il faille recourir à cette méthode, telles les observations citées de kystes antérieurement suppurés et très adhérents. Il est vrai de dire qu'actuellement l'ablation systématique des kystes dermoïdes du plancher de la bouche permet à peine de faire cette réserve. Cependant le cas n'est pas impossible à concevoir où le drainage soit indispensable. Devant une telle nécessité nous n'hésitons pas à déclarer qu'il faut renoncer au tampon au profit du drain. Mais avec cette seule addition que le drainage ne serait jamais buccal, c'est au point déclive que doit faire issue le drain pour que son action puisse être efficace, c'est-à-dire dans la région sous-mentale ou sus-hyoïdienne médiane. Le bistouri enfonce entre les muscles

geni-hyoïdiens toujours écartés dans les cas de volumineuse tumeur, ponctionne le mylo-hyoïdien et les plans superficiels. Par cette petite brèche une pince de Kocher glissée sur le bistouri conduira un petit drain n° 20 environ jusque dans la région sus-hyoïdienne médiane. Ainsi effectué l'écoulement séro-sanguin est assuré au maximum. Il est bon d'ajouter que ce drain par son orifice supérieur dépassera à peine le bord supérieur du géniohyoïdien, ne gênant en rien la suture muqueuse et ultérieurement le bon fonctionnement de la langue. Ce drainage cutané est le seul logique, il est adéquat au grand principe chirurgical de placer le tube de sûreté au point déclive du foyer et il est sous-muqueux séparé de la cavité buccale proprement dite par une barrière (1).

Il nous paraît certain qu'à l'heure actuelle avec les méthodes aseptiques, ce point litigieux n'a plus la valeur qu'il avait autrefois, et c'est à la suture immédiate de la muqueuse que le chirurgien aura recours. D'ailleurs rien de plus simple dans le cas des grands kystes de placer quelques sutures profondes soit au catgut soit à la soie (Quénu) qui permettront de rétrécir la cavité qu'occupait la tumeur. Cette méthode inutile dans les petits kystes a donné d'excellents résultats dans les quelques cas où elle fut employée. La suture muqueuse sera faite au catgut fin à points séparés assez rapprochés les uns des autres pour

1. Nous tenons, bien que ce petit point de technique ait été écrit avant que l'observation de Patel nous fut connue, à déclarer que cette méthode de drainage fut signalée par cet auteur.

ne laisser autant que possible aucune fissure qui permette l'infection par les liquides venus de la bouche.

Les suites opératoires sont des plus simples en général. Il est bon cependant ici comme dans toutes les cavités naturelles où la muqueuse a été intéressée et suturée de procéder dans les jours qui suivent à de fréquents lavages de bouche. Ces gargarismes seront de préférence faits avec de l'eau bouillie coupée d'une cuillerée à bouche d'eau oxygénée par verre. Grâce à cette détersion la suture restera nette, exempte de toute infection et partant de toute désunion.

Au bout de huit jours le malade sera totalement et indéfiniment guéri de sa petite infirmité.

Nous n'avons envisagé dans la première partie de ce traitement que les kystes médians. Car à cette variété appartient la très grande majorité des cas. Il faut cependant ajouter que ce nous avons dit s'applique aux kystes latéraux. Nous avons relevé 6 cas de kystes latéraux tous siégeant à gauche. Ces kystes ont été abordés par voie buccale suivant les principes généraux exposés pour les kystes médians, incision suivant le grand axe de la tumeur, décollement de la muqueuse, libération de la tumeur et section du pédicule le plus ordinairement médian quand il existait. Là encore la suture de la muqueuse sans drainage a donné les plus parfaits résultats.

En regard de la voie buccale, il nous faut inscrire la voie sus-hyoïdienne qui fut employée dans presque autant de cas que la voie muqueuse (cas Srostre). Nous avons déjà établi un parallèle entre les deux voies d'abord et nous nous sommes efforcé de démontrer qu'anatomiquement

la voie haute est la seule logique, qu'esthétiquement elle l'emporte sur la voie sus-hyoïdienne. Nous allons montrer que chirurgicalement elle n'a pas donné des résultats préférables ou même comparables à ceux de la voie buccale. Pour aborder le kyste, on trace soit une incision médiane allant de la symphyse mentonnière au corps de l'os hyoïde, soit une incision latérale (si le kyste est latéral ou à prolongement latéral très développé) parallèle au bord inférieur du maxillaire.

Il est inutile de faire remarquer qu'une incision curviligne de 10 centimètres comme celle signalée dans un cas (Rocha) est vraiment trop mutilante. L'incision médiane seule peut se défendre car elle permet de travailler avec le minimum de dégâts. En effet, l'incision conduit sur les ventres antérieurs du digastrique qui sont séparés et rejetés latéralement puis traversent le raphé fibreux mylo-hyoïdien et rencontre la tumeur entre les deux bords internes du génio-hyoïdien et au-dessus de ce muscle. Il est certain que la mutilation est minime mais il faut remarquer qu'elle donne peu de jour et que si la tumeur ne se laisse pas énucléer facilement soit à cause de son volume, soit à cause de sa situation latérale, les doigts et les écarteurs sont obligés d'exercer une assez forte traction latérale pour augmenter le champ opératoire. La minceur et la friabilité relative du muscle mylo-hyoïdien peuvent au cours de ces manœuvres entraîner la déchirure partielle du muscle. Sur ce point aucune donnée précise ne nous a été fournie par les rapports des opérations pratiquées par voie sus-hyoïdienne. Les observations sont tellement incomplètes qu'il est souvent impossible d'en tirer parti. Il est cepen-

Il est à noter que dans les 82 cas que nous relatons, il n'est arrivé qu'un seul accident post-opératoire. Le cas mérite d'être rapporté.

OBSERVATION (Résumée)

(LEGLAND. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1904, 433-447.)

A propos d'un cas de kyste dermoïde latéral suppuré du plancher de la bouche

Femme, vingt-cinq ans. Tumeur ayant débuté vers l'âge de la puberté par une grosseur siégeant à la région sous-maxillaire et causant de la gêne de la déglutition. Cette tumeur a augmenté de volume : la malade a noté un accroissement net lors de ses premières couches, accroissement qui s'est reproduit plus rapide encore lors de ses deuxièmes couches toutes récentes. Elle se plaint actuellement de gêne considérable de la parole, la langue étant repoussée en entier vers le côté droit de la bouche, de gêne de mastication et de déglutition. Un médecin consulté a tenté l'écrasement du kyste, mais à la suite s'est établie une fistule suivie d'inflammation. De la tumeur s'échappe un liquide à odeur nauséabonde. Après consultation du chirurgien on décide d'intervenir.

La bouche est constamment demi-ouverte, la langue en totalité est repoussée à droite, sa pointe touchant aux deux dernières molaires : sous la langue, dans le plancher buccal qu'elle soulève et à gauche, siège une tumeur longue de 8 centimètres environ sur 5 à 6 centimètres de large. A son niveau la muqueuse est œdématiée. On aperçoit un orifice sur la tumeur d'où

s'échappe un liquide fétide et par lequel un stylet introduit s'enfonce de 7 centimètres.

Dans la région sus-hyoïdienne droite est une tumeur également, du volume d'un œuf de pigeon qui, par dépression, fait apparaître une deuxième tumeur à gauche. La peau est normale, souple, mobile. Fluctuation nette : on porte le diagnostic de grenouillette.

Opération. — 1° Voie cutanée : on incise la peau, le mylo-hyoïdien on arrive sur la tumeur qu'on essaie d'énucléer. Mais elle adhère à la muqueuse et aux organes voisins aussi on recourt 2° à la voie buccale. On incise la muqueuse et malgré des adhérences à la muqueuse, aux muscles du plancher buccal et à la glande sous-maxillaire qu'on extirpe avec le kyste ; l'opération est facile, aucune adhérence osseuse, on procède à la réfection du plancher de la bouche, on suture après avoir placé un drain par l'incision sous-mentale. Pendant deux ou trois jours s'installe une *fistule salivaire* tarie rapidement, pansements à la gaze iodoformée, guérison au vingtième jour.

Anatomie pathologique. — Volume : forte orange, forme ovoïde. Paroi de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

Face externe : membrane séreuse adhérente aux muscles et à la glande sous-maxillaire dont le canal excréteur ne communiquait pas avec le kyste.

Face interne, épithéliale comprend les deux tiers de l'épaisseur totale plissée, tomenteuse, lisse et rosée par places : quelques noyaux de couleur plus foncée.

Au microscope. — Analogie frappante avec la peau : 1° un épiderme à éléments constitutifs plus ou moins complets ; 2° un derme à tissus constitutifs emmêlés.

Pas de follicule pileux ni glande sébacée.

En somme le seul incident post-opératoire noté a trait à une tumeur opérée par voie sus-hyoïdienne. Il est vrai qu'il s'agissait d'une tumeur infectée et qu'elle ne saurait en aucune façon entrer en ligne de compte.

En résumé, nous pouvons donc, en terminant cet important chapitre, affirmer une fois encore l'innocuité absolue de l'ablation des kystes dermoïdes du plancher de la bouche et conclure à une intervention radicale par voie buccale aussitôt que la tumeur aura été diagnostiquée.

OBSERVATION (Personnelle)

(Recueillie dans le service du D^r PICQUÉ.)

Kyste dermoïde du plancher de la bouche. — Extirpation par voie buccale. — Réunion par première intention. — Guérison.

A. B..., âgé de dix-neuf ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 8 janvier 1908 pour une tumeur qu'il a remarqué depuis longtemps déjà au-dessous de la langue.

Il avait environ quatorze ans quand il constata pour la première fois en se regardant dans une glace qu'il avait au-dessous de la langue une petite grosseur à laquelle il n'attacha aucune importance.

Cette grosseur resta stationnaire pendant huit ans à peu près. Elle ne le gênait en rien et ne lui faisait aucun mal.

Depuis deux ans cette tumeur a pris des proportions assez rapides. Le malade prétend que cette augmentation de volume a coïncidé avec une crise dentaire accompagnée de fluxion. Il dit aussi que, malgré l'ablation de sa dent malade, la tumeur a continué à grossir. En fait depuis deux ans la grosseur a plus que doublé de volume. La région sus-hyoïdienne est repoussée et saillante, les mouvements de la langue, sans être limités, sont cependant gênés. En raison de cet accroissement le malade inquiet s'est décidé à venir demander conseil à l'hôpital.

C'est un garçon vigoureux, grand, bien construit. Il ne présente aucune malformation, aucune lésion autre que sa tumeur.

Cette tumeur occupe le plancher de la bouche au niveau de la ligne médiane. Lorsque la bouche est fermée ; on constate que la région sus-hyoïdienne est soulevée sur la ligne médiane par une grosseur de 4 à 5 centimètres de diamètre environ. Cette saillie est régulièrement arrondie, lisse. La peau à la surface a absolument son aspect normal. En avant, la tumeur confine au bord postérieur de l'angle du menton. En arrière elle n'atteint pas l'os hyoïde, mais en reste distante d'un travers de doigt environ.

Par la palpation, elle paraît pâteuse et de consistance égale partout. La pression la refoule en haut vers la cavité buccale lui fait repousser la langue.

Lorsque la bouche est ouverte, on voit immédiatement une masse jaunâtre, volumineuse, encadrée par les deux rangées des dents supérieures et inférieures. On ne voit pas la langue, on ne fait que la deviner sous forme d'une bande ou bourrelet rosé, caché derrière les dents supérieures et sous la voûte palatine. Quand le malade tire la langue, celle-ci fait pour ainsi dire le tour de la tumeur et la déprime légèrement en bas, en sorte qu'à ce moment la saillie hyoïdienne s'exagère.

La masse, elle-même, est arrondie, régulière. Elle déborde également la ligne médiane à droite et à gauche. Un très léger sillon médian la divise vaguement en deux lobes latéraux. Le frein de la langue a disparu, déplissé qu'il est par la tumeur sublinguale. Cette tumeur est d'une coloration franchement jaune beurre. La muqueuse buccale qui la recouvre paraît très mince et se trouve sillonnée de quelques petits vaisseaux sans importance. Dans son ensemble cette masse paraît avoir les dimensions d'un œuf de poule.

A la palpation, elle est absolument molle, partout de même





consistance. La tension du contenu de la poche est faible et l'on n'obtient que difficilement la sensation de fluctuation.

On arrive facilement à mobiliser cette tumeur dans le sens transversal, mais pas du tout dans le sens antéro-postérieur. Du reste en insinuant le doigt entre sa face antérieure et la face postérieure du maxillaire, on a l'impression qu'il existe des tractus fibreux les unissant l'un à l'autre : comme une sorte de pédicule.

Les orifices des canaux de Warthon sont repoussés derrière la mâchoire inférieure et dissimulés au fond d'un sillon séparant la tumeur du rebord gingival.

Le volume de la masse gêne les mouvements de la langue. Le malade a la parole embarrassée et un timbre de voix un peu particulier. Il semble toujours qu'il parle la bouche pleine. Au reste, la mastication, la respiration ne sont que très peu gênées si peu même que le malade ne met aucun empressement à accepter l'intervention qu'on lui propose. Il demande à réfléchir et ne revient que cinq semaines après.

Opération. — Le 11 janvier 1908 (D^r Grégoire) incision de la muqueuse du plancher de la bouche sur la ligne médiane, depuis la base de la langue jusqu'en arrière des incisives médianes, on arriva facilement sur un plan de clivage de tissu cellulaire lâche qui sépare le kyste de la face profonde de la muqueuse. Il est très facile de dégager dans tous les sens la surface de la tumeur. La dissection est poussée très loin en arrière et l'on constate que l'on pénètre ainsi dans la profondeur de la langue entre les deux muscles genio-glosses.

En avant, la dissection est rendue difficile par une adhérence fibreuse ferme, unissant la tumeur à la face postérieure du maxillaire. Quand la tumeur a été extirpée, on constate qu'il

existe une loge assez vaste entre les deux muscles génio-glosses, mais le fond est formé par le mylo-hyoïden qui n'a été que déprimé.

La muqueuse est simplement suturée en surjet, après avoir fait une hémostase très rigoureuse de tout ce qui peut saigner, on ne fait aucun drainage.

Dans les jours suivants, le malade fit de très fréquents lavages de la bouche. Aucun accident de suppuration ne se produisit et le malade quitta l'hôpital six jours après entièrement guéri (17 janvier 1908).

La tumeur présente environ le volume d'une petite mandarine. Sa couleur jaune la fait ressembler absolument à une masse de beurre frais.

Sa paroi est lisse et régulière. A la coupe elle est mince et laisse échapper un contenu pâteux, mastic épais et collant, laissant sur le papier une tache grasse. Il n'y a ni poil ni parties solides.

La face interne de la paroi est lisse et rappelle la paroi d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

A l'examen histologique, on constate que la paroi du kyste est formée de deux couches. L'externe est faite de tissu fibro-conjonctif, muni de quelques vaisseaux.

La couche interne est revêtue d'une épithélium stratifié sans formation cornée. Au-dessous, on trouve des glandes sébacées en grand nombre et de place en place quelques rares glandes sudoripares.

En un point seulement nous avons constaté l'existence d'un follicule pileux tout petit.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBS. I. — (JOURDAIN. *In* thèse LANDETTA, 1863.) — Homme de vingt-deux ans. Tumeur sus hyoïdienne datant de six ans. *Diagnostic* : grenouillette. *Opération* : voie buccale. Incision longitudinale du frein. Issue de matière (1/2 livre environ) ressemblant à de la substance cérébrale, moins consistante.

OBS. II. — (JOURDAIN, *eodem loco*, 1863). — Homme de vingt-six ans. Tumeur sublinguale, gêne de déglutition ; saillie sus hyoïdienne, incision : issue de grande quantité de matière melicérique.

OBS. III. — (SYME. *In* BERTHERAUD, thèse Strasbourg, 1845). — Femme de vingt-quatre ans. Tumeur volumineuse, sublinguale, remonte à enfance, grossie ces derniers mois ; cache langue et fait saillie sous le menton. *Diagnostic réservé* : grenouillette. *Opération* : Incision ; kyste épais, couleur jaune. Contenu : matière grisâtre d'aspect lardacé. Volume : œuf de poule.

OBS. IV. — (LINHART. *Gaz. hebdom., de méd.* 1857, p. 134. — EXT. *Östeneichische Zeitung*, 1857). — Femme de vingt et un ans : tumeur aplatie sublinguale accrue depuis deux ans, gêne des mouvements de la langue, de la déglutition, salivation abondante, saillie sus hyoïdienne tendue et fluctuante. Dans la

bouche, la tumeur occupe tout le plancher, elle refoule la langue en arrière, en haut ; muqueuse normale ; fluctuation par pression bimanuelle manifeste.

Opération. — Voie buccale. Première incision courbe parallèle au maxillaire. Deuxième incision sur la ligne médiane et longitudinale. Génio-glosses sectionnés transversalement. Enucléation de la tumeur au doigt qui pénètre dans l'espace, entre genio-hyoïdiens et mylo-hyoïdiens. Ponction : réduction d'un tiers du volume de la tumeur. Extirpation facile. Contenu : liquide séreux jaunâtre et matière butyreuse. Suites opératoires : gonflement énorme le deuxième jour, suppuration légère ; guérison le onzième jour.

OBS. V. — (LINHART, *Gaz. hebd. de Méd.* 1858, p. 502). — Homme de vingt-huit ans : tumeur sublinguale médiane, soulève et tend les genio-glosses. Volume d'un gros œuf d'oie. Forme hémisphérique. Consistance pâteuse ; garde l'empreinte du doigt. Confine à la voûte palatine, empêchant le rapprochement des mâchoires ; elle gêne : mouvements de langue. mastication, déglutition, complètement indolore, muqueuse normale, mobile.

Opération. — Voie buccale. Incision médiane, énucléation facile. Guérison au huitième jour. Contenu : matière blanchâtre, épaisse, de nombreux poils courts et incolores.

OBS. VI. — (RICHTER, *in* LANDETTA, thèse de Paris, 1863). — Enfant de quelques jours, tumeur du plancher de la bouche du volume d'une noix, gêne progressive pour téter, tumeur sublinguale, oblongue, lisse, régulière, repousse la langue en haut, en arrière, fluctuation.

Diagnostic. — Grenouillette : 1^o séton : issue de matière

sébacée ; 2° trois mois après : séton plus gros, enfant amaigri ; 3° un mois plus tard incision et cautérisation au nitrate d'argent, un mois plus tard récidence ; enfant pas revu.

OBS. VII. — (DENONVILLIERS et VERNEUIL, *in* LANDETTA, thèse de Paris, 1863). — Homme de vingt-huit ans. Dès l'enfance tumeur du plancher de la bouche, sublinguale, médiane ; volume d'abord : noisette, augmente depuis six à huit ans ; volume actuel : petite orange, indolore, gêne considérable de la mastication, prononciation, déglutition, respiration, mobilité de la langue. Occupe tout le plancher, arrondie, globuleuse, dépasse de beaucoup l'arcade dentaire, la langue refoulée en haut, en arrière, est cachée, muqueuse normale, fluctuation. Pas de saillie sus-hyoïdienne.

Diagnostic. — Grenouillette.

Première opération. — Ponction, injection vineuse : pas de liquide mais matière concrète blanc-jaunâtre, incision transversale issue de matière, poche considérable, lavages, évacuation puis injections de solution iodée modificatrice. Un an après : récidence.

Deuxième opération. — Incision de la muqueuse, ligne médiane, énucléation facile, adhérences très fortes vers apophyses génilibrées aux ciseaux. Anatomie pathologique : Contenu : matière jaunâtre homogène, environ 100 grammes, ressemble à de la châtaigne cuite. Tumeur : volume petit œuf de poule, *située entre la langue au-dessus et les muscles du plancher de la bouche au-dessous*, régulière, lisse ; deux tuniques : une externe fibreuse blanche, résistante ; une interne mince lisse, à revêtement épithélial. *Au microscope* : matière, cellules épithéliales pavimenteuses avec plus ou moins de

noyaux, avec plus ou moins d'infiltration graisseuse, granulations jaunes libres, corpuscules graisseux, poils follets, tunique interne, revêtement épithélial pavimenteux stratifié avec poils follets et follicules.

OBS. VIII. — (GALLARD. — *Bull. soc. anat.*, 1865.) — Jeune fille de vingt ans. Depuis deux ans tumeur du plancher buccal, sublinguale, du volume d'un œuf de poule, faisant légèrement saillir la région sus-hyoïdienne. Tumeur à paroi mince, élastique, fluctuante, gardant l'empreinte du doigt. Muqueuse normale. Langue repoussée en haut, en arrière, gêne de prononciation, déglutition. Ponction avec un trocart, issue de matière blanchâtre caséeuse rappelant la châtaigne cuite. Incision muqueuse, énucléation facile, tumeur enlevée en partie : on cautérise le reste au nitrate d'argent. L'examen du contenu révèle la présence de grosses cellules épithéliales pavimenteuses à noyau (Cornil).

OBS. IX. — (PAQUET. — *Archiv. génér. de médecine*, 1867, t. II, p. 27). — Jeune fille, dix-sept ans. Depuis cinq ans, tumeur latérale gauche occupant toute la partie gauche du plancher de la bouche avec une saillie apparue d'abord sous le maxillaire inférieur puis dans la langue. Le volume au début d'une noisette a atteint peu à peu celui d'un gros œuf de poule. Tumeur arrondie, lisse, globuleuse, refoule la langue en gouttière en haut et à droite provoquant de la gêne de la déglutition, de la mastication, de la parole et immobilisant la moitié gauche de la langue. La muqueuse mobile est un peu rouge bleuâtre, pas transparente : on note sur elle de la turgescence des veines. Région sus-hyoïdienne : saillie lisse avec peau normale non adhérente, fluctuation nette.

Diagnostic. — Grenouillette. Ponction : issue de matière sébacée. Voie buccale. Incision de 4 centimètres parallèle au bord du maxillaire ; 1 centimètre au-dessous, tumeur dont l'énucléation au doigt, facile, permet l'extirpation en masse. On comble la cavité de charpie : pansement à plat. Légère tuméfaction les cinq premiers jours, améliorée par la suite. Malade revue guérie. La paroi du kyste de $2\frac{2}{5}$ de millimètre présente deux tuniques : une externe, formée de tissu conjonctif lâche, riche en fibres élastiques et en vaisseaux ; une interne comprenant six à douze couches, pas de poils, pas de papilles ; grande analogie avec le dernier. Le contenu est formé de cellules épithéliales pavimenteuses, de granulations graisseuses, de grains graisseux, de cristaux de cholestérine.

OBS. X. — (BRYANT. — *Clinical surgery*, 1870, p. 170). — Homme de vingt-cinq ans, porte une tumeur enflammée du plancher de la bouche, sublinguale ; dont il s'est aperçu il y a six ans, elle s'est considérablement accrue depuis six mois. Il y a six ans un médecin posa un séton qui ne donna aucun résultat ; un coup de lancette fit sourdre de la matière blanchâtre dure ; actuellement la tumeur occupe toute la concavité du maxillaire refoulant la langue en haut et en arrière, provoquant une gêne considérable de la parole. Une sonde est poussée dans la première ouverture, il sort un magma blanchâtre fétide ; dès lors on ouvre plus largement la paroi du kyste enflammée. Lavages fréquents à l'eau chaude, convalescence graduelle.

OBS. XI. — (BRYANT, *eodem loco*, 1870). — Homme, dix-neuf ans, a remarqué il y a six mois une tuméfaction du plancher de la bouche : sublinguale et médiane dont le volume s'est fortement accru depuis. La langue est refoulée

vers la voûte palatine par un large kyste médian dont le volume cause une gêne énorme de la parole. On incise la poche d'où sort un liquide albumineux, visqueux. Tamponnement de charpie. A la suite suppuration puis guérison apparente.

OBS. XII. — (VERNEUIL. Bull. — Soc. anat., 1872). — Jeune fille, dix-huit ans. Porte une tumeur du plancher de la bouche qui attira son attention il y a trois ans mais qui existait moins volumineuse auparavant. Cette tumeur se développa à la région sus-hyoïdienne. Actuellement bien que surtout marquée sous le menton la tumeur du volume d'un œuf de poule fait également saillie sous la langue sur la ligne médiane, indolore, elle ne provoque aucun trouble fonctionnel. Une ponction capillaire ne donnant rien, on emploie un gros trocart, qui donne issue à un liquide écumeux grisâtre cailléboté environ 30 grammes. Après incision buccale sur la ligne médiane, on énuclée en partie la tumeur, avec le doigt on achève l'extirpation en procédant par arrachement : on dut sectionner une adhérence très résistante à l'os hyoïde. Le contenu est constitué de matière sébacée, histologiquement on reconnut un mélange de cellules épithéliales pavimenteuses et de débris sébacés.

OBS. XIII. — Küster 1877 (*in Hoffmeister*. Thèse Marbourg 1891. (*ex Ein chirurgisches Triennung*, 1877-1878-1879.)) — Homme, vingt-trois ans, porte depuis huit ans une grosseur au cou, d'abord petite elle a acquis depuis trois mois son volume actuel, un médecin l'incisa, il s'ensuivit une fistule et l'apparition de douleurs. On constate actuellement une tuméfaction régulière qui s'étend du menton à l'os hyoïde, du volume d'un

œuf d'oie, ferme, faiblement fluctuante, mobile sous la peau, rouge en masse. Par la fistule on fait sourdre par pression une masse caséeuse purulente. Dans la bouche, la tumeur est apparue depuis trois mois, sublinguale elle est une cause de gêne pour la phonation, la déglutition et la mastication. On aborde par voie sus-hyoïdienne par une incision longitudinale médiane étendue du menton à l'os hyoïde, on fend le mylo hyoïdien, on écarte les *deux genio-hyoïdiens au-dessus desquels siège le kyste* s'étendant jusqu'au plancher de la bouche. Extirpation facile. Élévation de température pendant les deux premiers jours, guérison en douze jours. La paroi du kyste épaisse fibreuse est lisse en dehors, tomenteuse, irrégulière en dedans elle présente sur sa face interne un épithélium pavimenteux stratifié. Le contenu est formé de matière sébacée mêlée de globules de pus, pas de poils.

OBS. XIV. — (GUETERBOCK. — *Archiv. für Klin. chirurgie*, Bd 22, S, 985, 1878.) — Homme vingt-six ans. Depuis un an dans la moitié gauche de la bouche avait remarqué une tumeur le gênant pour macher, avaler, parler et un peu respirer. A son niveau muqueuse rouge, épaissie mais mobile au-dessus de la tumeur qu'on pouvait suivre assez loin en arrière et sur le bord du maxillaire inférieur. Fluctuation.

Diagnostic. — Grenouillette. Incision buccale le long de la langue sur une muqueuse épaissie, poche ouverte, issue de matière semblable à de la cervelle. Enucléation totale de la poche sauf pédicule très adhérent à la grande corne de l'os hyoïde, ligature. Dans la poche : poils fins et frisés, pas d'examen microscopique.

OBS. XV. — (BARBÈS. — Thèse de Paris, 1879.) — Femme

vingt-huit ans, tumeur du plancher buccal, volume : œuf de poule. Incisé par le professeur Richet. Contenu : masse grisâtre épaisse.

OBS. XVI. — (BARBÈS. — *Ædem loco.*) — Fille, quatorze ans. Depuis sept mois, tumeur du plancher buccal, du volume d'une petite pomme, sublinguale et médiane, elle fait saillie dans la bouche : indolore. Incision et cautérisation. Au deuxième jour, forte inflammation et suppuration. Après quatorze jours : fistule persistante. Contenu des kystes sébacés ordinaires.

OBS. XVII. — (GRUBER. — *Archiv. für path. anat.*, 1880, t. LXXXI, p. 442). — Cadavre, jeune homme de vingt ans. Tumeur médiane de la région sus-hyoïdienne oblongue, longue de 6 centimètres, large de 5 centimètres, recouverte par peau saine, elle fait saillie d'environ 1 centimètre. Dans la bouche la tumeur ne fait pas saillie, on ne peut la sentir. Elle repose sur ventre des digastriques et sur le mylo-hyoïdien ; à la palpation sensation de sac élastique à contenu pâteux. Dissection. Ventre du digastrique sectionné, mylo-hyoïdien bombé sous tumeur ; en poursuivant on constate que la tumeur siège *entre les génio hyoïdiens et glosses* entre les extrémités antérieures des glandes sublinguales, des canaux de Warthon et du nerf lingual. Sac de coloration blanc mat, de forme ovale à grosse extrémité tournée à droite, énuclée facilement au doigt, formé de tissu fibreux résistant. Contenu : gros grumeaux de bouillie blanchâtre filante. Cellules épithéliales pavimenteuses, grosses gouttes graisseuses. L'opération eût dû être pratiquée par voie sus-hyoïdienne.

OBS. XVIII. — (MEUNIER. — *Bull. soc. anat.*, 1881, p. 122.)

— Homme, cinquante-deux ans. Tumeur sublinguale médiane à début incertain, du volume d'une grosse mandarine. Langue très mobile soulevée par la tumeur. Muqueuse normale légèrement adhérente. Tumeur molle, arrondie, lisse, fluctuante, indolente. Contenu semi-solide, timbre de voix particulier : aucune gêne fonctionnelle. Incision buccale longitudinale, un peu à gauche, poche ouverte ; issue de matière abondante, odeur butyreuse. Énucléation facile, pas de pansement, lavage de bouche à l'eau de menthe. Pendant quatre jours température, 38°6. Cinquième jour apyrexie, puis convalescence.

OBS. XIX. — (HOFMOKL. — *Wiener Medizinische Presse*, 1881.)

— Femme, vingt-huit ans. S'est aperçue depuis six mois de la présence d'une petite tumeur dans la région sous-mentonnière. Cette tumeur absolument indolente, ne détermine aucune gêne. Plus tard la tumeur acquit peu à peu un volume plus important qui occasionne de la gêne de la mastication et de la phonation. Bouche fermée sur la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne on remarque une tumeur du volume d'un œuf de poule, molle, élastique et soulevant à son niveau la peau normale. Dans la bouche, dès au-dessous de la langue sous la muqueuse normale du plancher buccal siège une tumeur médiane qui fait saillie et soulève les muscles du plancher. Fluctuation nette. — *Diagnostic* : grenouillette. Incision sur le côté du frein de la langue. On atteint la tumeur qu'on excise, la paroi en est dure tendue, il sort une masse épaisse très grasse, jaunâtre, ressemblant à de la pommade, énucléation facile, sauf une adhérence au maxillaire en avant, qui est sectionnée, perte de sang insignifiante. Il s'établit une légère inflammation, de la suppuration ;

un drain placé dans la cavité amène rapidement en deux jours une grande amélioration. Guérison complète le dix-septième jour. Paroi conjonctive avec une couche de Malpighi. Contenu : cellules épithéliales transformées.

OBS. XX. — (COMBALAT. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, t. VIII, p. 504, 1881.) — Homme, trente-cinq ans, a connaissance depuis son extrême jeunesse et même la fait remonter à sa naissance, de la présence d'une tumeur du plancher de la bouche sur la ligne médiane derrière les incisives, du volume autrefois d'une petite cerise, volume qui a augmenté depuis pour atteindre celui d'une petite mandarine : il n'y a que depuis peu de temps que cette tumeur lui occasionne une certaine gêne de la mastication, de la déglutition et de la parole. On trouve actuellement : une tumeur médiane occupant tout le plancher buccal : circonscrite par la courbe du maxillaire inférieur et s'étendant jusqu'aux dernières molaires, elle est complètement indolore : bouche fermée, il se produit une saillie sus-hyoïdienne.

Bouche ouverte, la langue est repoussée en arrière et en haut vers la voûte palatine, sa mobilité est compromise par la présence de la saillie du plancher, la muqueuse pâle est sèche, parcheminée, peu élastique. La tumeur molle offre une consistance pâteuse avec une fluctuation vague, elle est opaque : les conduits de Warthon libres donnent une salive abondante ; diagnostic réservé de grenouillette, une ponction exploratrice donnant issue à un écoulement sébacé fait porter le diagnostic de kyste dermoïde. *Opération* : Voie buccale, incision médiane et curviligne de la muqueuse, à 1 centimètre de la courbe du maxillaire : la paroi kystique est mise à nu, on agrandit la piqûre dans le sens superficiel, cela donne issue à de la matière

sébacée semblable à du suif, mêlée de cellules épithéliales et de poils follets, énucléation rapide et facile sauf adhérence à la partie médiane du maxillaire inférieur, sous les apophyses génî, sectionnée et point d'implantation ruginé, tamponnement de la cavité, lavages répétés au chlorate de potasse. Guérison au dixième jour. La tumeur siège dans le tissu sous-muqueux du plancher buccal entre les deux genio-glosses qu'elle écarte : deux tuniques une externe fibreuse blanche résistante, une interne, lisse légèrement rosée. Au microscope analogie particulièrement grande avec la peau.

OBS. XXI. — (GOSSELIN. — *In Ozenne Arch. gén. de Méd.*, 1883, p. 281). — Femme, vingt et un ans, porte sous la langue, depuis sa naissance une tumeur dont le volume, de la taille d'un petit marron à quinze ans, a augmenté depuis cinq ans, et qui ne cause aucun autre trouble fonctionnel qu'une altération de la voix. Actuellement on constate sur le plancher buccal une tumeur médiane étendue un peu plus à gauche, du volume d'un œuf de poule, elle refoule la langue légèrement en haut et en arrière. La projection de la pointe de la langue en avant fait apparaître une saillie sus-hyoïdienne. La muqueuse buccale non épaissie est grisâtre, rosée par endroits. La tumeur est opaque, arrondie, lisse et mollasse : sans consistance pâteuse, mais presque fluctuante. Ponction exploratrice : pas d'issue de liquide. — *Diagnostic* : Kyste dermoïde du plancher buccal. Incision buccale curviligne. La muqueuse se laisse assez facilement disséquer bien qu'elle adhère à la paroi du kyste, énucléation facile sauf en deux points : 1° au niveau du frein de la langue ; 2° au niveau de l'attache des génio-glosses par des adhérences fibreuses résistantes (pas d'attache osseuse)

coupées aux ciseaux. Extirpation rendue plus laborieuse par la rupture du kyste ; peu de sang, glace et gargarismes chloralés. Dans les huit premiers jours, réaction fébrile assez intense, 38-39 degrés, gonflement énorme de la région. Vingt-cinq jours après, guérison. Derrière le kyste s'en trouve un second beaucoup plus petit contenant du mucus. Le kyste, de forme allongée, a le volume d'un œuf, il contient de la matière sébacée, sa membrane d'enveloppe mesure 1 millimètre : la face interne gris-rosée sauf sur un tiers de son étendue où elle présente exactement la coloration de la peau. Quelques replis. A l'œil nu on reconnaît un grand nombre de petits orifices. *Au microscope* : trois couches. A. — Couche formée de cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées. B. — Couche de cellules polygonales à noyaux (C. de Malpighi). Glandes sébacées. G. — Couche dermique avec fibres élastiques et conjonctives et des vaisseaux. Il ne manque que des papilles pour être un derme parfait.

OBS. XXII. — (DARDIGNAC. — *Soc. de Chir.*, 1883, p. 10.)
— Origine congénitale. Accroissement rapide vers vingtième année. Siège médian. Adhérences intimes au périoste au niveau des apophyses géni. Connexions lâches avec muqueuse buccale et muscles géniens. Consistance molle, indolence absolue. Ponction exploratrice : confirme diagnostic de kyste dermoïde. Enucléation facile sauf un pédicule résistant qu'on sectionne. Après quelques jours de réaction inflammatoire : on gratte les derniers lambeaux de la poche, guérison rapide avec disparition de tous les troubles fonctionnels, l'examen a été fait.

OBS. XXIII. — BARKER. — *Trans of the clin. soc. of*

London, 1883, p. 215.) — Femme, vingt-huit ans, porte une tumeur du plancher buccal qui, depuis six ans, gêne la déglutition, et qui, depuis deux mois a augmenté considérablement de volume. Il s'agit d'une tumeur sublinguale médiane située dans le plancher buccal, derrière la symphyse mentonnière. La langue est repoussée en haut et en arrière, la muqueuse soulevée est amincie et sillonnée de larges veines. Dans la région sus-hyoïdienne, est une saillie formant double menton : la peau normale n'offre aucune adhérence avec la tumeur. On fait une ponction exploratrice qui donne issue à un liquide blanchâtre mêlé de matière qu'on reconnaît de nature sébacée sous le microscope.

Par voie cutanée : on fait une incision de la symphyse du menton jusqu'à deux centimètres et demi de l'os hyoïde, elle comprend la peau, le raphé mylo-hyoïdien ; on trouve alors la tumeur située entre les deux génio-hyoïdiens ; l'énucléation se fait facilement, sauf au niveau d'une adhérence solide à l'os hyoïde. peu de sang ; un doigt introduit dans la cavité pénètre jusqu'au dos de la langue dont la muqueuse épaisse la sépare seule de la cavité buccale ; suture de la peau ; drain. Guérison en quelques jours. Contenu et nature histologique des kystes dermoïdes.

OBS. XXIV. — (BARKER. — *Eodem loco.*) — Cas semblable au précédent. Tumeur située entre muscles génio et hyoglosses chez femme. Voie buccale. Guérison rapide.

OBS. XXV. — (GROSS. — *In thèse PILLON. Nancy, 1883.*) — M^{lle} V... vint me consulter en décembre 1881 pour une tumeur développée sur la ligne médiane à la région sus-hyoïdienne.

Au dire des parents, le début de cette tumeur remonterait à la première enfance. Depuis cette époque, la grosseur a augmenté progressivement. Cependant, elle n'a donné lieu à aucun accident sérieux, tel que douleur ou inflammation. A l'examen de la malade, on constate que la tumeur fait saillie sur la ligne médiane du cou au-dessus de l'os hyoïde. D'une forme arrondie, elle présente la grosseur d'une petite pomme. La palpation fait reconnaître sa mobilité et l'absence d'adhérences dans la profondeur. Sa consistance est élastique; pas de fluctuation et aucune saillie dans le plancher buccal. Le diagnostic porté est celui de kyste congénital très probablement dermoïde. L'extirpation est pratiquée le 16 décembre. Une incision est faite sur la ligne médiane et on pratique l'énucléation de la tumeur. La membrane kystique se rompt pendant l'opération, ce qui augmente les difficultés de celle-ci. On enlève successivement le contenu de la tumeur et ses parois. A la face profonde existait un prolongement entre les génio-hyoïdiens. Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie dont la réunion ne se fait que partiellement. Suppuration à la profondeur du foyer opératoire. Guérison à la fin du mois. L'examen de la tumeur confirme le diagnostic de kyste dermoïde. Ses parois sont très minces, et assez vasculaires. Le contenu est formé par une matière sébacée, renfermant de petits poils.

OBS. XXVI. — (ATKIN. — *The Lancet*, 9 mai 1885.). — Jeune fille de dix-sept ans. Tumeur du plancher buccal qui croît depuis neuf mois. Volume d'une orange, on enlève une partie du kyste d'où s'échappe un liquide épais avec des poils. Guérison complète après neuf mois.

OBS. XXVII. — (FARVEL. — *The Lancet*, 1885, p. 843.) —

Jeune fille de dix-sept ans. Tumeur sublinguale reconnue dès la première enfance ayant grossi, depuis trois mois, du volume d'une petite orange, elle remplit la bouche, refoule la langue en haut et en arrière, détermine de la gêne de la déglutition. On a passé un séton dans la tumeur puis incisé, mais elle s'est reformée. On attire la tumeur au dehors, dont on enlève toute la paroi postérieure. Il s'en échappe de la matière sébacée mêlée de quelques poils. Neuf mois après pas de récédive.

OBS. XXVIII. — (PAGET. — *Trans of the pathol soc. of London*, 1886.) — Petite fille, porte sous la langue un kyste médian du plancher de la bouche. Incisé deux fois, donne issue à du pus. Tumeur énucléée et enlevée. A surface interne de la paroi : véritable épiderme avec poils fins ; en quelques points : de légères saillies vereuqueuses comme dans chorion sont constatées, couche granuleuse, couche de Malpighi. Pas de pigmentation.

OBS. XXIX. — (GÉRARD-MARCHANT. — *Bull. Soc. anat.*, 1886, 653). — M^{lle} Anne C..., âgée de vingt-quatre ans, présente depuis sa naissance une grosseur qui fait saillie dans la bouche et sous le menton. La mère nous raconte que dans les premiers jours de l'existence de sa fille, elle a remarqué cette tuméfaction : « elle a toujours eu, dit-elle, un double menton ». Le volume de cette tumeur s'est accru peu à peu, mais c'est surtout depuis deux ans qu'elle a pris des proportions notables, et qu'elle est devenue gênante.

Voici l'ensemble des troubles fonctionnels présentés par la malade : gêne de la déglutition, qui est longue à se faire, hési-

tante, puisque très souvent M^{lle} A..., avale de travers. Nausées qui surviennent très facilement au moment de la toux. « Je sens là dans ma gorge quelque chose de gros, dit la malade ; cela me gêne encore pour parler ; ma langue se renverse, cloche au moment de l'émission des sons, et je suis souvent gênée, pour respirer, lorsque je suis couchée. » Tel est l'ensemble des troubles fonctionnels. L'examen local révèle une déformation de la région sus-hyoïdienne, et de la région sublinguale. Il existe une saillie médiane, repoussant la peau de la région sous-maxillaire et soulevant la muqueuse sublinguale. Cette saillie déforme la peau, d'une part, et la muqueuse d'autre part, suivant une courbe veule, arrondie. Muqueuse et peau sont absolument normales, libres d'adhérences ; elles sont seulement refoulées uniformément sur tous les points. La langue est soulevée, ramassée en arrière, et si la malade essaye de la projeter en avant, on la voit se mouler, s'arrondir, sur la surface de la grosseur, sans que la pointe puisse franchir les arcades dentaires, au-delà de quelques millimètres. La palpation révèle une tumeur profondément dans le plancher de la bouche : l'exploration bi-manuelle, avec un ou deux doigts de la main droite placés sous la langue, pendant que ceux de la gauche explorent la région sous-maxillaire, cette exploration révèle une tumeur qui oscille dans ce plancher buccal, dans le sens des pressions. Elle se déplace alternativement vers la région sublinguale et la pression dans la cavité buccale la repousse vers la région sus-hyoïdienne, mais ces déplacements sont lents à se produire. La palpation révèle encore qu'il s'agit d'une tumeur à contours arrondis, des dimensions d'un œuf ; mais il est impossible de suivre toute la périphérie de la tumeur, le doigt étant arrêté par des surfaces rénitentes, ne se laissant pas

déprimer ; impression qui révèle la notion d'une tumeur arrondie, mais profondément cachée, enveloppée. Cette tumeur n'est pas fluctuante, si on a le soin de la fixer, manœuvre d'ailleurs difficile : elle est résistante, offrant cependant une certaine élasticité. A sa surface la pression du doigt ne produit absolument aucune empreinte. Cette tumeur est mobile avec l'os hyoïde pendant les mouvements de déglutition ; et si pendant un de ces mouvements l'index et le pouce cherchent à séparer la tumeur de l'os hyoïde, on sent qu'elle est fixée, adhérente à cet os et entraînée par lui. Il est possible au contraire, par l'exploration profonde intra-buccale, d'interposer l'extrémité de l'index entre la tumeur et la face postérieure et médiane du maxillaire inférieur. En présence de ces caractères, tumeur congénitale, arrondie, située entre les muscles du plancher de la bouche, repoussant celui de grenouillette que nous donnait la mère de la malade. Nous conseillons l'opération, qui est acceptée ; le kyste a été enlevé en totalité par la voie sus-hyoïdienne, en suivant les précautions sur lesquelles nous insisterons plus loin. La tumeur était située entre les muscles génio-hyoïdien et génio-glosse, entouré d'un tissu cellulaire lâche, énucléable partout, par le doigt, sauf au niveau de l'os hyoïde, où elle présentait une attache fibreuse qui avait été diagnostiquée et prévue. La guérison s'est faite en trois semaines et a été absolument satisfaisante. La tumeur, parfaitement arrondie, avait le volume d'un œuf. Sur la tumeur principale était greffée, dans le voisinage de l'os hyoïde, une deuxième petite grosseur, du volume d'un haricot. La paroi, d'un blanc nacré, était épaisse ; le contenu était formé par de la matière sébacée d'un blanc laiteux. Voici l'analyse histologique de la pièce, que nous avons confiée à M. Dubar, sous-chef du laboratoire du professeur Trélat à la

Charité. Ce kyste présente à étudier : 1° sa paroi ; 2° son contenu :

1° Sa paroi qui est plane dans presque toute son étendue, offre un certain nombre de prolongements, plus ou moins étroits et allongés. Elle a une structure analogue à celle de la peau, c'est-à-dire qu'elle est formée d'une couche de tissu conjonctif, tapissée d'un épithélium pavimenteux stratifié. La couche sous-épithéliale est constituée par un tissu conjonctif à cellules aplaties, renfermant un certain nombre de fibres élastiques, des vaisseaux, artères et veines, des nerfs. L'épithélium qui la recouvre a une structure identique à celle de l'épiderme, c'est-à-dire qu'il est formé :

a) D'une couche de cellules cylindriques reposant sur la membrane conjonctive ; b) d'une couche de cellules polygonales à dentelures très fines, se joignant avec celles des cellules voisines ; c) d'une couche de cellules remplies de granulations d'éléidine ; d) de cellules cornées, en couche très épaisse ;

2° Son contenu est constitué par des cellules épidermiques ayant subi la dégénérescence cornée. Il y existe aussi un grand nombre de granulations graisseuses. La structure de la paroi de ce kyste et la composition de son contenu montre qu'on a bien affaire à un kyste dermoïde.

OBS. XXX. — (RECLUS. — *Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 653.)
— Garçon de vingt-cinq ans (août 1886), belle santé ; rien de bien particulier à noter dans ses antécédents. Il a toujours eu le cou un peu gros à sa partie supérieure ; la région sus-hyoïdienne était un peu saillante. Peu à peu la tuméfaction s'est accentuée, et lorsque le malade nous consulte, voici ce que nous constatons : tumeur arrondie dans la région sus-hyoï-

dienne régulièrement distendue : cette tumeur est limitée en avant par la courbe du maxillaire, et en bas par l'os hyoïde légèrement débordé. Lorsque le malade ouvre la bouche on voit la langue soulevée et appliquée contre la voûte palatine ; elle est ainsi refoulée par la tumeur sus-hyoïdienne qui fait saillie dans la bouche et soulève le plancher ; la pression exercée sur la saillie intra-buccale se transmet intégralement au doigt placé sur la saillie sus-hyoïdienne. Il s'agit évidemment d'une tumeur liquide d'origine congénitale et qui s'est surtout accrue à partir de l'âge de vingt ans. — *Diagnostic* : kyste dermoïde vérifié par une ponction exploratrice qui donne issue à une substance butyreuse. Incision sur la ligne médiane, de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde, division de la peau, du tissu cellulaire ; écartement des muscles ; la tumeur à paroi blanche, épaisse, résistante est saisie ; ponction ; issue d'une certaine quantité de substance butyreuse ; pince à forcipressure pour oblitérer l'ouverture et conserver un certain volume à la tumeur que l'on attire et que l'on détache des parties adjacentes ; l'énucléation est assez facile sauf au niveau de l'os hyoïde, à la face postérieure duquel elle adhère ; section d'un pédicule ; drain suturé au crin de Florence. Guérison rapide.

OBS. XXXI. — (SUTTON. — *Trans. of the pah. soc.*, 1887, p. 387.) — Pendant l'automne dernier, un homme de vingt-quatre ans vint dans mon service, avec une tumeur occupant le plancher de la bouche, au voisinage du frein, sur la ligne médiane. En neuf ans, il a subi sept opérations. Le kyste, qu'on supposait être une grenouillette, a récidivé après chaque tentative opératoire. Quand je vis le malade, le kyste n'avait pas d'appa-

rence habituelle de la grenouillette, et en incisant sa paroi, il en sortit une matière jaunâtre, visqueuse, qui par son aspect particulier, me prouva que la grenouillette supposée était un kyste dermoïde. Le malade étant endormi, on disséqua le kyste au moyen de deux pinces à forcipressure. Il était situé entre les génio-glosses, et attaché si intimement au corps de l'os hyoïde, qu'il fut nécessaire d'employer la rugine pour le détacher. L'hémorragie fut minime, mais quelques heures après l'opération, elle se reproduisit. Néanmoins la guérison ne tarda pas. Le kyste était rempli de matière sébacée, quelques poils s'y trouvaient. L'examen histologique de la poche en fit voir la structure dermoïde.

OBS. XXXII. — FERRON. — *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 1887, p. 150. — Le nommé X..., jeune soldat au 50^e d'infanterie, se présente à ma visite, se plaignant d'une gêne respiratoire datant de plusieurs années ; il s'essouffle, dit-il, très facilement, et ne peut soutenir le pas gymnastique. Agé de vingt-deux ans, pâle, mais bien constitué, ce militaire n'a jamais été malade ; l'examen de sa poitrine affirme l'excellent fonctionnement du cœur, des poumons ; ce n'est pas si profondément qu'il faut rechercher la cause de la difficulté d'inhalation qu'il accuse. La voie nasonnée, la déformation d'un nez fort, légèrement aplati à droite, très proéminent à gauche, attirent l'attention sur cet organe. X... a des épistaxis fréquentes ; il a remarqué que s'il vient à comprimer, à l'aide du doigt, la narine droite, tout en fermant la bouche, il ne peut respirer. La fosse nasale gauche est distendue par une tumeur dont l'aspect est caractéristique ; je l'enlève non sans difficulté à l'aide d'une pince, après torsion du pédicule ; c'est un polype très volumineux,

dont les embranchements au nombre de cinq, se comprimant mutuellement, obstruaient la cavité gauche, et déformaient le nez. L'hémorrhagie assez abondante, arrêtée, je constate en comprimant la narine opposée, le libre passage de l'air, et je suppose, la pince ne rencontrant pas de nouvel obstacle, que le polype est unique ; l'examen au miroir, pratiqué le surlendemain, confirme cette hypothèse. Pendant cette exploration, je suis frappé du maintien constant de la bouche béante, du refoulement de la langue contre la voûte palatine, et enfin de la présence d'une tumeur offrant à peu près le volume d'un œuf, occupant le plancher de la bouche, plus prononcée à gauche, ne formant pas de saillie appréciable dans la région sus-hyoïdienne. Cette tumeur régulière, lisse, non transparente, tendant fortement la muqueuse, dont la couleur est restée normale, est molle, non réductible ; elle est le siège d'une fluctuation assez obscure. Elle gêne les mouvements de la langue, qui ne présente aucune altération dans sa texture ; pas d'adénopathie dans le voisinage. X... prétend que le volume de la tumeur augmente depuis quelque temps, mais il est persuadé qu'elle existe depuis son enfance ; il n'en souffre nullement ; il lui rapporte en partie son essoufflement facile et surtout les morsures fréquentes subies par la langue ; il est désireux d'en être débarrassé. Me croyant en présence d'une tumeur développée dans la bourse de Fleischmann, je me décide à intervenir par l'excision d'une partie de la poche, ainsi que je l'avais fait quelques jours auparavant, avec succès, chez un autre soldat réellement atteint de grenouillette. N'ayant pas de tenaculum, je plonge le bistouri dans la partie la plus saillante de l'ovoïde, je vois alors, à ma grande surprise, sortir un ruban blanchâtre formé d'une pâte ressemblant à une crème à la

Chantilly, consistante, s'enroulant en vrai serpent de Pharaon dans le bassin où je recueille cette substance. L'issue en était précipitée par les mouvements de la langue, par les contractions du plancher de la bouche du patient, dont l'effroi était extrême, et que j'avais grand'peine à faire maintenir sur sa chaise ; deux grandes cuillerées de matière furent ainsi expulsées. Le diagnostic rectifié par le contenu de la tumeur, je ne suppose pas que l'excision d'une partie de la poche, pratiquée aussitôt, soit suffisante à assurer la guérison de ce kyste dermoïde ; je fais un lavage à l'eau phéniquée faible, afin d'enlever les parcelles de matière sébacée qui pouvaient se trouver dans la cavité ; je promène dans toutes les directions un crayon de nitrate d'argent dans le but de modifier les parois du kyste, je fais 3 points de suture, j'enfonce profondément un drain assez volumineux, et je prescris des gargarismes au borate de soude. Cette intervention eût pour résultat un léger gonflement de la langue, une exsudation séreuse peu abondante. Cinq jours après, le drain ayant été chassé pendant le sommeil, j'enlève les points de suture, la plaie opératoire paraît cicatrisée. Le surlendemain, l'opéré demande son exeat de l'infirmerie ; je ne crois pas devoir l'ajourner, bien qu'il existe encore un peu d'empâtement du plancher de la bouche. Huit jours plus tard X... revient à la visite, la tumeur s'était reformée, beaucoup moins volumineuse, très fluctuante ; une incision livra passage à dix grammes de sérosité louche, infecte, tenant en suspension des grumeaux de matière caséeuse. La poche, lavée à l'eau phéniquée, fut touchée à l'aide de teinture d'iode, non réunie, mais drainée.

Bien que l'intervention eût été plus douloureuse que la première, X... me demande à ne pas entrer à l'infirmerie. Il ne

reparaît que quatre jours après, racontant que le drain était sorti peu après son introduction, que la tumeur s'était formée à nouveau, mais qu'elle venait de crever sous l'influence de pressions énergiques exercées avec les doigts. Bien décidé à extirper la poche le lendemain, je fis entrer X... à l'infirmerie, me contentant, pour le moment, d'un lavage à l'eau phéniquée faible et de gargarismes boratés. Dans le courant de la journée, M. le médecin-major de 2^e classe, appelé près de X... le trouva en proie à une suffocation alarmante ; la langue était énorme, l'œdème avait envahi le plancher de la bouche, les régions sus et sous-hyoidiennes ; X..., dans un état d'anxiété extrême, fut transporté à l'hôpital. Une application de sangsues, des scarifications profondes de la base de la langue amenèrent un peu de détente, les symptômes d'asphyxie cédèrent lentement. Cependant la gêne de la déglutition et de la respiration persista quelque temps encore, tandis qu'une suppuration abondante s'échappait de la cavité buccale ; le huitième jour, le malade m'annonça que pendant la nuit, à la suite d'efforts de vomissements, il avait rendu une membrane épaisse, qui malheureusement, avait été jetée avec les matières vomies. Il s'agissait sans aucun doute de la poche kystique détachée et éliminée par le processus inflammatoire ; j'ai regretté vivement de n'avoir pu l'examiner. Des ce moment, la guérison a suivi une marche rapide ; j'ai souvent revu X... depuis sa sortie de l'hôpital, la tumeur n'a pas récidivé.

Obs. XXXIII. — RECLUS. — (*Gaz. hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 1887, p. 75). — Un cultivateur béarnais débarqué à Paris dans une situation fort précaire ; depuis trois fois vingt quatre heures, il lui était impossible de prendre la moindre nourriture : la cavité

buccale était oblitérée par l'accroissement subit d'une tumeur qui refoulait la langue en arrière et s'appliquait sur la voûte palatine, occupant tout l'espace situé entre les arcades dentaires et le pharynx. Le malheureux affolé avait pris le train, et dix-huit heures après, il était dans notre service. Je connaissais son histoire ; pendant les vacances, au mois de septembre, il m'avait consulté, effrayé par les progrès rapides d'une tumeur du plancher buccal. Il y a trois ans le malade avait alors vingt-sept ans, il sentit une grosseur du volume d'une noisette, arrondie, mobile, et qui commençait à soulever la langue. Elle augmentait peu à peu sans déterminer la moindre douleur ou même une gêne appréciable. Au bout d'un an elle était comme un œuf ; au bout de deux, comme une orange ; au bout de trois, lorsque nous avons pratiqué notre premier examen, comme le poing d'un adulte. Elle proémine à la fois sur le plancher de la bouche et dans la région sus-hyoïdienne, où elle occupe la région sous-mentonnière. La tumeur continue pour ainsi dire la face qui en est allongée d'autant, ce qui imprime à la physionomie un aspect bizarre. La surface en est lisse et régulièrement arrondie sous les muscles et sous la peau souple et mobile qui la recouvre. En arrière de l'arcade dentaire, la saillie est non moins considérable ; elle refoule la langue, et vient appliquer, sous la voûte palatine, la muqueuse rouge, épaissie, plus vascularisée, mais sans adhérences. La fluctuation est évidente, et la pression exercée par un doigt sur le segment buccal se transmet intégralement au doigt qui refoule le segment sus-hyoïdien. Il n'existe encore que peu de troubles fonctionnels : la respiration est facile, la déglutition est peu gênée, la mastication est possible, et la voix n'a subi qu'une légère modification de son timbre.

Mon diagnostic fut vite porté : cette tumeur fluctuante et molle ne pouvait être — pour laisser de côté les kystes hydatiques, dont on cite deux cas à peine — qu'une grenouillette, un lipome, une tumeur érectile ou un kyste dermoïde du plancher buccal. Ce n'était pas une grenouillette, une grenouillette aussi volumineuse aurait donné à la muqueuse distendue une coloration bleuâtre, une demi-transparence, ou même une véritable translucidité. Ce sont là les caractères des grenouillettes sus-hyoïdiennes, si bien décrites par Delens, et qui font saillie au-dessus et au-dessous du plancher de la bouche. On ne saurait les confondre avec notre tumeur plus grosse, opaque et à parois évidemment fort épaisses. Ce n'était pas un lipome : « les grenouillettes graisseuses sus-hyoïdiennes » comme on les appelle, sont irrégulières, lobulées. La muqueuse buccale laisse voir souvent par transparence une coloration jaunâtre particulière ; la compression de la tumeur fait éprouver, dit-on, une sensation spéciale, « la collision crépitante », qui, d'après Richet et Morell-Lavallée, serait absolument caractéristique ; enfin on n'a pas, que je sache, décrit encore des lipomes d'un tel volume.

Aussi ne pouvait-on y songer pour notre tumeur énorme, lisse, régulière, sans bosselures et très nettement fluctuante. Ce n'était pas non plus une tumeur érectile, « la grenouillette sanguine » de Dolbeau, violacée, molasse, réductible, et qui se gonfle sous l'influence des cris et des efforts, caractères dont aucun ne se retrouvait chez notre malade. Nous avons songé sur l'heure à un kyste dermoïde du plancher buccal, dont nous connaissons bien l'évolution pour en avoir déjà observé un cas : notre homme est intelligent, or il nous affirme qu'il y a trois ans seulement, c'est-à-dire à vingt-sept ans, qu'il a remarqué pour la première fois l'existence d'une tumeur ; la genèse en

aurait été récente, tandis que les kystes dermoïdes sont d'origine congénitale. Cette objection n'était pas sans valeur ; mais je passai outre, car, dans nombre de cas, on signale le long sommeil de kystes congénitaux assez petits pour passer inaperçus. Tout à coup leurs parois secrètent avec plus d'abondance, grossissent, et on les prend alors pour un néoplasme acquis. Notre diagnostic fut vérifié, le malade réclamait une intervention immédiate, nous étions à la campagne, sans les instruments nécessaires, et presque sans aides. Nous pratiquons alors une ponction, et nous plaçons un tube à demeure qui permettra l'écoulement incessant des sécrétions pariétales jusqu'à ce qu'il nous soit loisible, lors d'un nouveau voyage, de recourir à une opération plus régulière. Le bistouri est plongé dans la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane, au point le plus saillant de la tumeur. Il s'enfonce à 2 centimètres environ avant d'atteindre la poche, d'où s'écoulent plus de 400 grammes d'une substance granuleuse, qui rappelle à s'y méprendre, un épais bouillon de semoule. L'issue de cette substance est une des caractéristiques du kyste dermoïde. Tout marcha bien pendant un mois, mais par malheur, le tube tombe, on le retire, l'orifice se referme, et peu à peu la poche se distend de nouveau. A la fin de décembre, trois mois après notre intervention, ses dimensions sont les mêmes qu'en septembre. Le 6 janvier, survient un accroissement subit qu'accompagnent une douleur vive, et une réaction inflammatoire appréciable. La poche augmente à tel point, que la bouche est oblitérée et que le malade ne peut avaler même les liquides. L'état s'aggrave le 7, aussi notre laboureur, peu habitué cependant aux voyages, se décide brusquement à quitter sa maison, et le 8 au soir, il entre à l'Hôtel-Dieu, où nous le trouvons le 9 au matin. L'état n'est pas

absolument alarmant, car les fonctions respiratoires sont à peu près intactes, sauf lorsque le malade se baisse. Mais on ne pouvait le nourrir que par l'article d'une sonde nasale ; la tumeur ne laisse passer ni les petites cuillers, ni le large bec d'une aiguère. Aussi la soif est ardente, les forces sont diminuées, et la surexcitation cérébrale est intense. Le kyste nous apparaît plus volumineux qu'à notre premier examen. En bas, il déborde l'os hyoïde de plusieurs travers de doigt ; en haut, il remplit la bouche, et écarte les deux maxillaires, dont les dents sont distantes de plus de 2 centimètres. Il dédouble la muqueuse de la langue raccourcie, et qui semble un simple bourrelet saillant au-dessus du kyste. Aussi prendrait-on la tumeur pour une langue hypertrophiée, et la langue pour une petite tumeur. L'extirpation était urgente, nous la pratiquons, et notre diagnostic est confirmé une fois encore : les parois de la tumeur, comme déjà son contenu, témoignent en faveur d'un kyste dermoïde ; elles sont mobiles sur les tissus voisins, denses, résistantes, et mesurent plus de 3 millimètres. A leur surface externe, elles sont lisses, bleuâtres, semblables à une sclérotique ; à leur surface interne, elles sont irrégulières, chagrinées, et rappellent de la peau en macération. Vers la partie inférieure, cet aspect change : la paroi kystique y est molle, très vasculaire, elle se déchire au moindre effort, et l'on y constate la destruction des cellules épithéliales qui la tapissent ; il s'est fait en ce point un travail spécial d'origine inflammatoire, qui nous explique le rapide accroissement qu'a pris la tumeur en moins de trois jours. L'examen microscopique pratiqué par M. Lion nous prouve qu'ici, comme dans tous les kystes dermoïdes, la structure de la paroi est identique à celle de la peau : l'épithélium qui la recouvre rappelle l'épiderme, il est comme

lui formé de plusieurs couches, et l'on trouve en allant de la surface libre ou interne vers la substance adhérente ou externe : 1^o une couche de cellules cornées très épaisses ; 2^o une couche de cellules simples remplies de granulations d'éléidine ; 3^o une couche de cellules polygonales à dentelures très fines ; enfin 4^o une couche de cellules cylindriques reposant directement sur le derme. Celui-ci est constitué par du tissu conjonctif à cellules aplaties et qui renferme dans son épaisseur des fibres élastiques, des vaisseaux, des nerfs et des glandes sébacées. Celles-ci déversent dans la cavité leurs produits de sécrétion, qui, mélangés aux débris des cellules épidermiques, forment la substance butyreuse, mélicérique, athéromateuse, signalée par tous les auteurs. La poche kystique était mobile sur les tissus environnants, sans adhérences, et avec le doigt ou la sonde cannelée, il nous a été facile de l'isoler partout, sauf en avant, vers les apophyses géni et la partie postérieure de la symphyse maxillaire. Là existait une bande fibreuse, d'une épaisseur de plus de 2 millimètres, sorte de pédicule se rendant de l'os à la paroi du kyste. Des tractions même énergiques n'ont pu le rompre, et il a fallu le sectionner avec des ciseaux.

OBS. XXXIII. — (GUINARD. — *Bull. Soc. anat.*, 1888). — Le nommé Paul Br..., garçon cornier, âgé de dix-sept ans, entre le 4 février 1888, au n° 35 de la salle Michon, dans le service de M. Verneuil à la Pitié. Ce jeune homme ne présente sur le corps aucune trace de lésion congénitale. Il a remarqué il y a deux ans pour la première fois qu'il avait dans la région sus-hyoïdienne, derrière la symphyse du maxillaire inférieur, une tumeur dure du volume d'une petite noisette. Au bout de quelques mois la tumeur, augmentant incessamment de vo-

lume, faisait saillie du côté du plancher de la bouche. Enfin actuellement, elle a atteint le volume d'un œuf de poule et gêne le malade en refoulant sa langue en arrière et en haut. Jamais le moindre phénomène douloureux de ce côté. La tumeur est tout à fait médiane, collée contre la symphyse du maxillaire inférieur. La muqueuse buccale est normale à ce niveau, et n'adhère en aucun point à la tumeur qui la soulève. Les deux canaux de Wharton sont perméables : on voit la salive sourdre de chaque côté dès qu'on met un peu de sel sur la langue du malade. Au toucher, on a une sensation de fluctuation manifeste ; la tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures. On se renvoie le flot avec un doigt dans la région sus-hyoïdienne et l'autre dans la bouche. Le 8 février, on ponctionne la tumeur avec un tube de Pasteur, et on retire par aspiration quelques grammes d'une purée grisâtre que l'examen microscopique permet de reconnaître comme formée de matière sébacée. Bien qu'on n'ait pas retiré par la ponction la moindre trace de cheveu, le diagnostic du kyste dermoïde congénital du plancher de la bouche s'impose. M. Verneuil en pratique l'extirpation le 16 février 1888. La muqueuse buccale est incisée transversalement sur la tumeur à 2 centimètres environ en arrière de l'arcade du maxillaire. Puis, avec des instruments mousses le chirurgien détache aisément la poche des parties molles voisines. Mais en arrivant dans la profondeur, il reconnaît qu'il y a une solide adhérence non seulement au niveau des apophyses géni, comme cela est la règle, mais à tout le raphé fibreux qui va de ces apophyses à l'os hyoïde, le raphé intergénio-hyoïdien. Ce n'est qu'à l'aide d'une rugine tranchante que M. Verneuil parvint à détruire ces adhérences, ce qui permet d'énucléer le kyste en totalité. La poche, dont la paroi est résistante, contient une

purée épaisse, homogène, de couleur grisâtre analogue à de la purée de marrons. On trouve sur sa face interne trois ou quatre poils de duvet tout à fait incolores. L'examen macroscopique ne laisse aucun doute sur la réalité de kyste dermoïdes.

OBS. XXXV. — (RICHARD : *in Hoffmeister*, thèse Marbourg, 1888). — Jeune fille, vingt-quatre ans, avait remarqué depuis l'âge de six ans, une petite tumeur grosse comme une noisette, indolore, qui s'accrut tout à coup. Dans la région sus-hyoïdienne on trouve une tumeur ronde, lisse, du volume d'un œuf de poule. La peau qu'elle distend est normale : cette tumeur mobile paraît unie à l'os hyoïde. Extirpation facile, guérison simple. Au microscope : la face interne du kyste est tapissée par une couche d'épithélium pavimenteux stratifié.

OBS. XXXVI. — (HEURTEAUX. — *Gazette médic. de Nantes*, 1888). — Jeune homme, dix-sept ans, kyste dermoïde du plancher de la bouche du volume d'une noix, tumeur aplatie du haut en bas, repousse la langue en haut et en arrière, elle ne fut reconnue que depuis trois mois, à sa face supérieure se voient les orifices des canaux de Warthon, fluctuation : aucune saillie sus-hyoïdienne.

Injections interstitielles de chlorure de zinc : pas de résultats ; plus tard : extirpation difficile, tumeur unie à symphyse mentonnière : contenu, débris d'épithélium, pas de cheveux.

OBS. XXXVII-XXXVIII. — (TILLAUX. — *Traité de Chirurgie clinique*, vol. I). — M. le professeur Tillaux cite un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche, du volume d'un gros œuf de dinde, et qu'il opéra en 1885.

En 1883, il enleva à l'hôpital Beaujon un autre kyste, il put énucléer complètement la poche qui n'adhérait que faiblement aux parties sous-jacentes, c'est-à-dire au génio-glosse.

Obs. XXXIX. — (SCHMIT. — *Archives de Méd. et Chir. milit.*, 1891, p. 151). — M..., soldat au 5^e génie, d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires ou diathésiques, entre à l'hôpital de Versailles le 23 août dernier avec le diagnostic « grenouillette ». A son entrée, il raconte qu'il y a vingt jours il s'aperçut en se rasant qu'il avait une glande sous le cou. Il se regarda en même temps la bouche, et vit alors, dit-il, qu'il avait aussi une grosseur sous la langue. Point de douleur, point de gêne, ni en parlant, ni en avalant. Il attendit sept ou huit jours sans se plaindre, et comme la tumeur ne disparaissait pas, il se présenta à la visite du médecin-major de son corps, qui l'envoya immédiatement à l'hôpital. A son arrivée, on constate l'état suivant : état général bon, digestion, respiration et sommeil excellents. Quand la bouche est fermée on aperçoit, dans la région sus-hyoïdienne médiane, une tumeur globuleuse empiétant un peu du côté gauche.

La peau à ce niveau a sa coloration normale ; elle est souple, mobile sur la tumeur, qui donne à la palpation une certaine sensation de rénitence. Cette tumeur ne ressemble en rien aux adénites ou péri-adénites observées dans cette région. On la délimite nettement entre les doigts, et elle semble avoir le volume d'un petit œuf de dinde au moins. Si l'on fait ouvrir la bouche et relever la langue, cette tumeur disparaît presque totalement dans la région sus-hyoïdienne et apparaît alors saillante sous la langue. La muqueuse qui la recouvre est fine,

mobile sur elle ; sa transparence n'est pas complète et elle présente une faible coloration jaunâtre. Sa forme est globuleuse et elle remplit complètement tout l'espace limité en avant par les arcades dentaires qu'elle dépasse en hauteur. Au toucher elle donne une sensation de mollesse très nette, mais ne garde point l'impression du doigt. Absence totale de troubles fonctionnels. Point de douleur. Aucune gêne, ni dans la mastication, ni dans la déglutition, ni dans la phonation, ni dans la respiration. Vu l'époque d'apparition de cette tumeur (vingt jours), sa transparence partielle, sa fluctuation, son indolence, M. le médecin principal Dieu, auquel ce genre de tumeur n'était pas inconnu, puisqu'il avait fait à la Société de chirurgie une communication à ce sujet porta également le diagnostic de « grenouillette sus-hyoïdienne à marche aiguë » et prit immédiatement la résolution de l'opérer le plus possible en lui appliquant le traitement habituel, ouverture de la tumeur, excision partielle de la poche et cautérisation de la cavité au nitrate d'argent. Après avoir au préalable nettoyé le mieux possible le plancher buccal avec des injections boricuées, on procéda à l'anesthésie locale au moyen de trois injections sous-cutanées de cocaïne de 1 centigramme qui furent faites au point où l'on devait inciser la muqueuse. Une double incision courbe, se rejoignant en haut et en bas, circonscrit un petit lambeau muqueux ovalaire qui fut disséqué. Ce lambeau enlevé, la poche de la tumeur mise à nu fit nettement saillie à travers l'orifice pratiqué. Cette poche fut alors saisie au moyen de pincés à griffe de manière à pouvoir être excisée partiellement. Au lieu du liquide visqueux et filant habituel de la grenouillette, il s'écoula une matière butyreuse jaunâtre, analogue en tous points à de la matière sébacée sans mélange de poils. Le diagnostic

fut modifié immédiatement et le plan opératoire changé. La poche fut disséquée totalement et assez facilement à travers les muscles génio-hyoïdiens et les génio-glosses et enlevée dans sa totalité ; elle n'offrait aucune adhérence ni avec l'os hyoïde, ni avec le maxillaire inférieur. Des lavages avec la solution boricquée furent pratiqués aussitôt dans la bouche ; on les continua les jours suivants, et huit jours après l'opération notre malade allait bien. Je dois dire cependant que dans les premiers jours qui suivirent l'opération on constata un ganglion sous-maxillaire qui tenait à une lymphangite ayant son point de départ dans la plaie opératoire.

Obs. XL. — (DUPLAY. — *Bull. médic.*, 1891, p. 493). — Jeune fille de dix-sept ans, d'une excellente santé habituelle et sans aucun antécédent morbide. Il y a quelques mois, elle s'aperçut qu'elle avait dans la bouche une grosseur qui gênait les mouvements de la langue. Aucune douleur n'avait précédé l'apparition de la tumeur, le volume seul de celle-ci gênait la malade. Cette tumeur offre à peu près le volume d'un œuf de poule ; elle soulève le plancher buccal dans toute son étendue, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à l'insertion de la langue ; elle est exactement médiane et divisée en deux parties parfaitement égales par le frein de la langue. La muqueuse qui la recouvre est absolument normale, elle a sa coloration et son épaisseur habituelles, et est parfaitement mobile sur la tumeur avec laquelle elle ne présente aucune adhérence. Profondément la tumeur s'enfonce entre les muscles et vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne. C'est une tumeur mobile ; on peut, par la pression, la faire remonter sous la muqueuse buccale ou descendre à la région sus-hyoïdienne ; elle ne présente donc aucune connexion, ni avec le maxillaire inférieur, ni avec l'hyoïde.

Debonnelle

Elle est le siège d'une fluctuation évidente, perceptible dans la bouche, à la région sus-hyoïdienne et d'une région à l'autre ; elle est un peu rénitente. Il n'y a aucune douleur spontanée ni provoquée. — L'opération a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

OBS. XLI. — (GÉRARD-MARCHANT. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891, p. 26.) — Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui portait, depuis de longues années, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon ; la tumeur déformait la région sus-hyoïdienne sur la ligne médiane et au-dessus de l'os hyoïde ; la tumeur adhérait à cet os si intimement qu'il ne m'était pas possible d'interposer les deux doigts entre l'axe hyoïdien et le contour du kyste. La forme régulière du kyste, absolument arrondie, son apparition dans l'enfance, ses connexions avec le squelette hyoïdien, son siège médian me firent porter le diagnostic du kyste dermoïde ad-hyoïdien.

J'ai opéré cette jeune fille par la voie sus-hyoïdienne avec l'aide des docteurs Demoulin et Lyot : le diagnostic était exact de tous points. L'adhérence à l'os hyoïde était telle que je dus attirer l'hyoïde en dehors pour pouvoir le séparer de ses connexions fibreuses avec la tumeur ; cette manœuvre que je fis pourtant avec prudence, entraîna un arrêt respiratoire de quelques secondes, qui ne fut pas sans m'inquiéter. Le kyste renfermait de la matière butyreuse ; sa paroi était tapissée de poils, et l'examen histologique, fait par M. Lyot, n'a laissé aucun doute sur sa nature dermoïde. Cette jeune fille a guéri en huit jours, sans drainage : elle a une cicatrice linéaire, abritée pour l'œil, par

la saillie du maxillaire inférieur et du menton, et on ne se doute pas de l'opération qu'elle a subie.

Obs. XLII. — (LANNELONGUE et MÉNARD. — *Affections congénitales*, 1891). — Garçon de dix ans. Entre à l'hôpital Trousseau le 8 mai 1887, salle Denonvilliers. Cet enfant porte à la partie supérieure du cou dans la région sus-hyoïdienne, une tumeur médiane avec un peu de prédominance à droite. Cette tumeur, du volume d'une petite mandarine, soulève la région cervicale en arrière du menton, sa forme est régulièrement arrondie, elle est sous-aponévrotique et n'adhère pas à la peau ; placée au-dessus de l'os hyoïde elle ne semble pas affecter de rapports avec cet os car si on le fixe elle paraît mobile ; lorsqu'on la refoule en haut elle soulève le plancher de la bouche bien qu'elle n'arrive pas jusqu'à la muqueuse elle est médiocrement tendue et ne paraît pas réductible, la fluctuation n'est pas facile à trouver.

Elle semble uniloculaire, sa consistance est uniforme. Lorsque l'enfant avale, la sangle musculaire, au-dessus de laquelle repose la tumeur, la comprime et la tend en la refoulant à droite. D'après le siège et les caractères physiques de cette tumeur on peut penser à un lipome, on rejette cette hypothèse à cause de la mollesse diffuse et uniforme de la masse. La tumeur n'affecte aucun rapport direct avec les glandes du plancher de la bouche. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une grenouillette antérieure ; l'enfant porte quelques ganglions au cou et un petit goître ; la maladie remonte à six mois ; on ne peut hésiter qu'entre un kyste dermoïde et un lipome profond. La première hypothèse est de beaucoup plus probable. — *Opération* : Incision médiane verticale, il faut couper une couche de muscles pour

arriver sur la tumeur, elle se montre à travers la boutonnière; l'incision à sa surface est nacrée et blanche. L'isolement est facile à l'aide d'une sonde cannelée, la tumeur n'offre aucune adhérence si ce n'est en haut aux apophyses géni, on sectionne la bride fibro-musculaire qui la fixe à ce niveau, l'énucléation est ensuite terminée. Pansement iodoformé, réunion par première intention; la tumeur a le volume d'un œuf de poule, la paroi en est un peu épaisse, elle contient une bouillie blanche graisseuse.

Examen histologique. — La paroi est revêtue d'un épiderme mais on ne trouve ni poils, ni glandes ni papilles.

Obs. XLIII. — (HOFFMEISTER. Thèse Marburg, 1891.) — Homme, vingt-quatre ans, qui depuis sept ans, à la suite de brûlures du visage et de la région mentonnière dues à une explosion de benzine, a remarqué l'existence sous le menton d'une tumeur petite mais qui acquit peu à peu son volume actuel, volume qui n'a pas changé depuis un an et demi. Toujours indolore; elle n'occasionnait chez le malade qu'une grosse gêne pour la respiration, au point qu'en dormant il incommodait ses voisins par ses ronflements démesurés. La sécrétion salivaire également était très exagérée et pendant la nuit, la salive lui coulait de la bouche et tachait son oreiller. — *Opération* : Chloroforme, incision cutanée médiane allant du menton à l'os hyoïde, on sectionne les muscles et on arrive sur la tumeur. On l'énuclée au doigt avec grand soin pour éviter de l'ouvrir : une pression sur le plancher buccal aida à l'attirer au dehors où elle fut extirpée facilement. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée, puis dès le lendemain on sutura la plaie; guérison assez rapide.

Tumeur du volume d'un œuf d'oie avec échancrure comme dans le milieu du rein. Le contenu ne remplissait pas toute la cavité donnant au palper la sensation d'une masse pâteuse. Pas de cheveux, de la graisse et quelques cristaux de cholestérine.

OBS. XLIV. — (GUSSENBAUER. — *In Hoffmeister The Marburg*, 1891.) — Homme, vingt-quatre ans. Tumeur du plancher de la bouche remarquée pour la première fois il y a six ans à gauche sous la langue. Un séton fut placé pendant quatorze jours sans résultat. On incisa : il sortit un peu de sang. Par la suite, la tumeur s'accrut au point de gêner la parole et la mastication.

Actuellement on trouve dans la région sous mentale gauche une tumeur fusiforme qui s'étend du menton au muscle sterno-cléido-mastoïdien et jusqu'en son milieu. Dans la bouche, siège une tumeur saillante à gauche, de la première prémolaire, jusqu'au pilier antérieur du voile ; elle repousse la langue en haut et à droite. La muqueuse mobile est amincie et pâle au niveau du frein aplati. La tumeur molle, peu élastique, un peu pâteuse paraît unie à l'os hyoïde. Extirpation sus-hyoïdienne. Enucléation facile. Guérison rapide. Examen microscopique de la paroi. On trouve des follicules pileux, des poils, des glandes sébacées et sudoripares, un épiderme typique, une couche de cellules basales cylindriques et un stratum granulosum apparent.

OBS. XLV. — (CAYE. — Thèse Paris, 1892.) — Jeune fille, seize ans, entre en décembre 1890 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Verneuil.

Aucun antécédent. La seule raison qui l'amène est la présence,

dans la bouche, d'une tumeur qui gêne les mouvements de la langue. Cette tumeur est très vraisemblablement congénitale ; en effet, elle existe depuis la première enfance, et il y a au moins douze ans que la malade la connaît.

D'abord grosse comme « une petite glande », et toujours nettement médiane, elle a crû progressivement avec l'âge, sans brusquerie, sans accident d'inflammation quelconque, gênant fort peu. Toutefois, cette marche tranquille paraît s'être activée dans ces dernières années, et c'est cette rapidité relative d'évolution, surtout apparente depuis trois ans, qui effraie quelque peu la malade, et la porte à réclamer une intervention.

Voici les détails relevés dès l'entrée et confirmés par des examens successifs.

On aperçoit sur le plancher de la bouche, au-dessous de la pointe de la langue, une tumeur qui s'offre avec les caractères suivants : le siège en est exactement médian, elle ne déborde pas plus à gauche qu'à droite.

Son volume est celui d'une noix verte, nettement arrondi de partout, sans bosselures. Ces détails sont faciles à saisir, car la tumeur s'offre en majeure partie au-dessus du plan du plancher buccal, dépassant légèrement le niveau de l'arcade dentaire, et reportant en haut et en arrière la pointe de la langue. Elle ne proémine pas dans la région sus-hyoïdienne. Le doigt qui explore par cette voie s'aperçoit mal de sa présence. Il sent au contraire et très nettement la sangle musculaire du mylo-hyoïdien, et le relief que forment sur les côtés de la ligne médiane les deux ventres antérieurs des digastriques, dans l'abaissement volontaire de la mâchoire. Pas plus entre eux que sur leurs côtés ne paraît s'engager de prolongement de la tumeur. Même lorsque la bouche est fermée, il faut être prévenu pour

s'apercevoir que le plancher est très légèrement abaissé sur la ligne médiane (contesté même par quelques-uns).

La muqueuse a conservé sa couleur habituelle, elle est même un peu plus rouge que normalement sur la partie la plus élevée de la tumeur, et cela avant tout examen ayant pu l'irriter. Nul point offrant soit une teinte jaunâtre, soit la coloration bleutée de la plupart des grenouillettes.

La consistance explorée par le double toucher (buccal et sus-hyoïdien), révèle des particularités qu'il semble utile d'exposer avec quelques détails. Cette consistance est demi-molle. Quand on presse sur le point culminant de la tumeur, celle-ci s'élargit par les flancs, mais non franchement et vite, comme le font les tumeurs liquides à fluctuation nette ; il semble que cette réaction sous le doigt se produise avec une certaine paresse, comme s'il s'agissait d'un contenu demi-liquide seulement. Si l'élargissement latéral est lent à se produire et lent à disparaître, il disparaît cependant en totalité, et la tumeur revient à sa forme première. Elle ne garde nulle part l'impression du doigt.

Telles sont les impressions recueillies par le doigt qui explore avec une certaine pression. Si on ne pratique qu'une palpation toute superficielle, la tumeur étant toujours soutenue par la main sus-hyoïdienne, on a la sensation d'une fluctuation très nette localisée à la partie culminante de la poche.

On ne peut savoir si la tumeur adhère profondément, ni à quel organe ces adhérences peuvent exister. Si elle touche latéralement le maxillaire, et ne peut être mobilisée dans ce sens, en revanche, son va-et-vient dans le sens vertical est facile à obtenir. Le doigt qui s'engage assez mal entre elle et le maxillaire par défaut d'espace n'a aucune sensation de bride fibreuse la reliant à l'os.

Le maxillaire ni les dents ne sont déformés ; la poche n'a d'ailleurs aucun rapport avec celles-ci.

Enfin, dernier détail important, c'est tout à fait à la partie antérieure de la tumeur qu'on trouve les orifices des canaux de Warthon, faciles à apercevoir, peu écartés l'un de l'autre, mais plutôt reportés en avant et en haut.

Tels sont les caractères objectifs de cette tumeur au demeurant peu gênante, car ni la mastication, ni la déglutition ne sont vraiment entravées. L'articulation des mots est plus atteinte, la voix de grenouille est des plus manifeste. Ce dernier détail, joint au souci de voir croître indéfiniment une tumeur déjà ancienne, mais non douloureuse, est la raison de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le diagnostic de tous fut « kyste dermoïde du plancher de la bouche », répondant à la variété ad-génien de Gérard-Marchant. Trop de raisons plaidaient en faveur de cette opinion pour que le doute fut possible : caractère net de congénitalité, siège médian, évolution progressive, absence de la coloration spéciale aux grenouillettes, consistance particulière. Encore ce dernier détail eût-il pu conduire à une fausse interprétation, en raison du certain degré de fluctuation noté tout à l'heure. Mais on passa outre provisoirement pour y songer de nouveau plus tard, quand un détail anatomique (présence de liquide dans la poche), vint donner la raison de son existence. On ne pratiqua pas de ponction, et peut-être eût-on lieu de s'en féliciter, comme il sera dit plus bas.

L'opération fut pratiquée par M. Verneuil le 18 janvier, et conduite de la façon suivante : Chloroforme. Incision transversale de 3 centimètres, à 8 ou 10 millimètres en arrière des canaux de Warthon très apparents. Peu de sang. Le bistouri

est abandonné, et les doigts suffisent à décortiquer une tumeur libre partout d'adhérences solides, sauf au niveau des apophyses génitales. En ce point, l'opérateur rencontre une bride fibreuse courte (3 à 4 millimètres environ, assez résistante, mais qui cède à la traction, sans qu'il soit même nécessaire d'y porter les ciseaux. Pas d'adhérences au tissu musculaire. La poche était comme encapsulée dans un tissu cellulaire peu résistant, l'isolant de tous les organes voisins. Son ablation faite, un tamponnement de quelques minutes arrête toute trace d'hémorragie, et la plaie fut simplement bourrée de gaz iodoformée, sans sutures.

Mais le point intéressant a trait à une ponction qu'on fit dans la poche à demi-décortiquée, dans le but de recueillir à la pipette, et d'examiner au point de vue bactériologique une partie de son contenu. Cette ponction donna issue à du liquide à peine citrin, d'apparence séreuse. Une certaine hésitation suivit cette ponction, quant à la valeur du diagnostic posé, mais quelques grumeaux blanchâtres venant à la suite du liquide, et d'ailleurs trop d'autres signes, firent revenir à l'idée de kyste dermoïde. La suite de l'opération en démontra la justesse.

Les suites furent simples. Lavages au chloral 2 u/00 fréquents ; le tampon est enlevé après vingt-quatre heures. Pas de fièvre. Il ne parut pas trace de suppuration, mais il est certain qu'il se forma du pus, car une hémorrhagie secondaire se produisit le septième jour. Elle fut arrêtée par la compression, et la guérison reprit son cours. Il faut remarquer que cette hémorrhagie secondaire coïncida avec la menstruation. Le quinzième jour, la malade quittait l'hôpital. La cicatrisation atteignait le niveau du plancher, les douleurs étaient nulles, à

peine une certaine sensation de gêne au niveau de la cicatrice récente.

Voici les analyses faites par M. Beretta, chef du laboratoire à l'Hôtel-Dieu, que je tiens à remercier ici du soin tout particulier qu'il a mis à compléter cette observation.

Analyse bactériologique. — « Pendant l'opération, après que M. Verneuil eût incisé et disséqué la muqueuse du plancher de la bouche, j'ai plongé une pipette au travers de la paroi de la poche. J'ai retiré ainsi une certaine quantité de liquide séreux, bientôt suivi de légers fragments de matière molle blanchâtre. Malheureusement une des pinces qui écartaient la muqueuse fut trop tôt déplacée, et un peu de sang se répandit sur la paroi.

« La tumeur une fois enlevée, je la piquai de nouveau après stérilisation de sa surface. J'ensemenciai deux tubes de bouillon peptonisé. Le premier, dont j'avais lieu de me défier, en raison du petit accident signalé plus haut, me donna des microcoques, mais le second, pour lequel toute cause d'erreur avait été écartée, resta limpide. Conclusion : pas de micro-organismes ».

Analyse histologique. — La tumeur, du volume d'une petite mandarine, était remplie (sous la couche de liquide séreux évalué à 2 ou 3 grammes) d'un mastic blanc-grisâtre, représentant exactement comme couleur et aspect général la glace au café. Ce mastic se montra formé de cellules plates, sans noyaux, ne se colorant pas. De plus, quelques tables de cholestérine.

La tumeur vidée, puis bourrée de coton, fut conservée dans le liquide de Muller.

Un fragment de la paroi a été coupé après durcissement,

entre deux morceaux de moelle de sureau. Son épaisseur est d'environ un millimètre. Sa structure est caractéristique. On trouve en allant du dehors vers l'intérieur du kyste :

1° Des fibres de tissu conjonctif avec des cellules. Ces fibres ont disposées parallèlement à la paroi, et supportent à la façon du derme ;

2° Un épithélium pavimenteux stratifié. Le premier rang adossé à la paroi conjonctive est formé de cellules hautes, perpendiculaires à l'enveloppe conjonctive ; les cellules des autres couches sont de plus en plus aplaties. Toutes ces cellules sont munies d'un noyau. On distingue très bien à la limite un *stratum granulosum* dont l'éléidine s'est fortement colorée par le picro-carmin. Au delà commence la couche cornée qui se résout en des cellules plates, sans noyaux, constituant le mastic.

OBS. XLVI. — (QUÉNU. — *Bull. Soc. de Chirurgie*, p. 387, 1892.) — Jeune fille, vingt-deux ans, s'est aperçue à l'âge de seize ans qu'elle avait sous la langue une tumeur qui s'est accrue rapidement : on l'incisa et draina ; la tumeur s'est reformée après cinq ans, en même temps la malade souffrait de violentes douleurs d'oreille.

Sur la ligne médiane dans le plancher buccal et sous la langue, qu'elle refoule en arrière et en haut, on voit une tumeur du volume d'un œuf de poule faisant franchement saillie dans la bouche. Distendue, résistante, elle présente une coloration jaunâtre, les canaux de Warthon sont libres. Par son volume elle entraîne de la gêne de la déglutition et de la respiration, celle-ci surtout accentuée la nuit. — *Diagnostic* : kyste dermoïde. — *Opération* : Cocaïne. — Incision médiane de la muqueuse : on arrive sur le kyste qu'on ponctionne :

cela donne issue à un liquide clair séreux. L'énucléation de la tumeur siégeant entre les deux genio-hyoïdiens fut facile. Suture profonde à la soie : pas de drainage, réunion complète en cinq jours.

OBS. XLV. — (MONOD. — *Société de chirurgie* p. 724, 1892). — Jeune homme, vingt ans, porteur d'une tumeur saillante du plancher de la bouche sublinguale et médiane du volume d'un œuf de poule. Au cou on trouve sous le menton un léger relief qu'augmente une pression faite sur le plancher buccal. — *Diagnostic* : kyste dermoïde. — *Opération* : voie sus-hyoïdienne : Incision courte antéro-postérieure médiane. Énucléation facile de la tumeur sauf une adhérence aux apophyses géni qu'on sectionne aux ciseaux.

OBS. XLVIII. — (ROUTIER. — *Bull. Soc. Chirurgie*, 1892.) — Homme de trente-quatre ans, porte depuis quinze ans une tumeur sublinguale qui augmentant d'abord progressivement a pris depuis sept ans un développement énorme, actuellement cette tumeur atteint le volume d'un poing d'adulte, elle apporte une gêne considérable à la mastication, à la déglutition et à la respiration. Dans l'ensemble elle simule une grenouillette sus-hyoïdienne. — *Diagnostic* : Kyste dermoïde. Le malade a du reste un kyste dermoïde de la queue du sourcil. — *Opération* : Incision parallèle au bord horizontal du maxillaire : énucléation facile au doigt : on n'a pas rencontré d'adhérences.

OBS. XLIX. — (ROLLAND. — *Thèse de Montpellier*, 1894.) — Homme de vingt et un ans, a remarqué depuis quatre ans une saillie à la fois sus-hyoïdienne et sublinguale. On trouve à l'examen une tumeur du volume d'une pomme médiane arrondie,

unie, régulière : à paroi assez tendue de consistance molle pâteuse mais ne gardant pas l'empreinte du doigt, on ne peut reconnaître aucune adhérence : sous le menton, la tumeur paraît se tendre avec les mouvements de déglutition cependant elle ne se déplace pas, à son niveau dans la bouche, la muqueuse mobile est normale d'aspect. Les canaux de Warthon sont libres (épreuve du sel positive) le kyste a été ponctionné. Les troubles fonctionnels sont en général peu marqués, un peu plus de salivation, une très légère gêne de la déglutition et de la prononciation surtout des labiales. — *Opération* : cocaïne, voie sus-hyoïdienne : on divise le muscle mylo-hyoïdien, on tombe sur la tumeur qui siège entre les deux génio-hyoïdiens, énucléation facile, aucune adhérence, drainage, guérison en huit jours. La cavité du kyste admet le poing d'un enfant de quinze ans, son contenu ressemble à de la châtaigne cuite ou à du mastic de vitrier. Au microscope, la paroi présente la plus grande analogie au point de vue constitution avec la peau.

Obs. L. — (ROLLAND. — Thèse Montpellier, 1894.) — Homme vingt-cinq ans. On a remarqué depuis deux ans qu'il avait sous la langue et sous le menton une tumeur le gênant un peu. Cette tumeur siège sur le plancher buccal. Du volume d'un œuf de poule : elle est médiane, un peu plus étendue à gauche. Sur elle la muqueuse normale est mobile sauf en un point large comme une pièce de 1 franc où se reconnaît une cicatrice trace de ponctions antérieures. La tumeur présente des adhérences hyoïdiennes par un pédicule cylindroïde : elle suit les mouvements de l'os hyoïde. — *Opération* : Chloroforme. Voie sus-hyoïdienne. Incision antero-postérieure, section du raphé-mylo hyoïdien. La tumeur est facilement énucléée après section

des adhérences hyoïdiennes. Suture sans drainage, guérison en dix jours. La paroi est épaisse de deux à trois millimètres ; contenu : bouillie claire onctueuse gris jaunâtre formée de débris épithéliaux, de gouttes de graisse avec quelques poils à peine visibles à la loupe. Au microscope : couches épithéliales analogues à celles de la peau, sans papilles. Nombreuses glandes pilo-sébacées peu développées.

OBS. LI. — (DUMSTREY. — *Medizine Wochenschrift*, p. 24, 1895.) — Jeune homme, vingt-quatre ans. Porte une tumeur qu'il a remarqué depuis trois ans, lui occasionnant de la gêne de la parole et de la déglutition, il a la voix nasonnée et parfois quelques troubles respiratoires. La tumeur siège sous la pointe de la langue vers l'angle de la mâchoire ; du volume d'un poing, elle offre une consistance pâteuse et paraît fluctuante. — *Diagnostic* : grenouillette. Extirpation facile, pas d'adhérences. Autour de la tumeur on trouve une capsule épaisse, ferme, brillante, riche en vaisseaux. A l'intérieur : une masse blanc jaunâtre, de la consistance du beurre. La paroi en dehors est formée de tissu conjonctif avec des vaisseaux sanguins, en allant vers la face interne on rencontre des cellules cubiques à noyaux, une couche de cellules plates : épithélium pavimenteux stratifié : pas de papilles.

OBS. LII. — (KÆNIG. — *In Semaine médicale*, p. 27, 1895). — Kyste mental avec fistule à la peau qui siège latéralement au fond d'une fossette. Kyste dermoïde, pas de cheveux, épithélium pavimenteux stratifié. Kyste et fistule du sinus cervical.

OBS. LIII. — (KÆNIG. — *Eodem loco*). — Kyste du plancher de la bouche, opéré en 1894. Epithélium pavimenteux

stratifié avec papilles peu élevées. Pas d'infiltration de cellules lymphoïdes de la capsule conjonctive. Kyste du sinus cervical.

OBS. LIV. — (KÖNIG. — *Eodem loco*). — Kyste du plancher buccal : épithélium pavimenteux simple. Kyste du sinus cervical.

OBS. LV. — (CHAVANNAZ. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, janv. et avril 1897.) — Femme, quarante-neuf ans, a constaté il y a dix ans l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette siégeant un peu au-dessus de l'os hyoïde et difficilement mobilisable, cette tumeur a augmenté rapidement de volume et la déglutition est devenue fort difficile. A l'examen on trouva une tumeur s'arrêtant en bas à l'os hyoïde et s'étendant à travers la région sus-hyoïdienne pour gagner ainsi le plancher buccal ; en dedans elle dépasse un peu la ligne médiane, en dehors le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche lui sert de limite, par sa portion intra-buccale elle soulève fortement toute la moitié gauche de la langue et s'étend en avant jusqu'à un travers de doigt de la symphyse du menton, la tumeur dans son ensemble a le volume d'une grosse mandarine et sa partie intra-buccale a les dimensions d'une noix, dans toute son étendue il existe une fluctuation très nette et la pression du doigt ne détermine pas la formation d'un godet, pas d'adhérences à la peau ou à la muqueuse de la bouche, il n'en est pas de même pour l'os hyoïde qui est entraîné quand on cherche à mobiliser la tumeur, le bord alvéolaire est normal, le larynx n'est pas dévié, la respiration est facile. Depuis deux mois la déglutition est compromise, la

la malade ne peut absorber que des aliments liquides ou semi-liquides, la phonation est également gênée, on porte le diagnostic de kyste dermoïde du plancher buccal adhérent à l'os hyoïde.

Opération. — Incision de 7 centimètres environ portant sur la région sus-hyoïdienne gauche un peu obliquement par rapport au bord inférieur du maxillaire, après section des plans superficiels la tumeur est rapidement séparée des parties molles environnantes, le digastrique qui lui est accolé est isolé puis récliné en dehors, le prolongement supérieur de la tumeur qui s'insinue entre les muscles de la langue pour aller dans la cavité buccale est lui aussi facilement isolé, la portion sus-hyoïdienne de la tumeur entre en contact par sa partie inférieure avec le côté gauche de l'os hyoïde sur la grande corne duquel elle s'insère très solidement dans l'étendue d'un demi-centimètre, cette insertion détruite rien n'empêche plus l'ablation complète de la poche kystique. Suture et drainages, suites normales ; guérison douze jours après l'opération.

Le liquide continu dans la poche, est épais, puriforme, la paroi est d'épaisseur un peu variable, elle est lisse, ne présente pas de poils mais offre par places un aspect rappelant celui de la peau, cette paroi est composée de deux portions l'une conjonctive, l'autre épithéliale. La première est formée d'épais faisceaux conjonctifs très tassés les uns contre les autres, se confondant presque entre eux, en certains points ces faisceaux sont semés de cellules à protoplasma peu abondant à noyaux irréguliers, les uns allongés les autres arrondis ou au contraire étoilés, ces éléments augmentent de nombre, à mesure qu'on avance vers la région épithéliale on trouve dans cette zone conjonctive des vaisseaux en nombre assez considérable surtout dans la partie tournée vers le centre du kyste, il

n'existe aucune trace de papilles. La couche épithéliale ne se rencontre pas sur toute la longueur de la surface conjonctive elle est desquamée par places, elle offre une épaisseur variable suivant les points mais en somme elle est formée de plusieurs assises de cellules à contours assez peu nets, les unes perpendiculaires les autres allongées parallèlement à la surface libre ni papilles, ni glandes, ni follicules pileux, c'est un dermoïde à structure extrêmement simple. L'ablation a été pratiquée par la voie sus-hyoïdienne parce que des adhérences avec le squelette étaient au moins probables en dépit des inconvénients pouvant résulter de la présence d'une cicatrice au cou.

OBS. LVI. — (KLAPP. — *Beitrag zur Klinik chirurgie*, 1897, t. XIX.) — Homme, vingt ans, remarqua il y a trois ans une tumeur au-dessous de la branche horizontale droite de la mâchoire, elle s'est accrue lentement et occasionne de la difficulté de la parole.

Etat actuel. — Sous la langue on découvre une tumeur grosse comme une pomme environ, molle, élastique, fluctuante; comprenant presque tout le plancher de la bouche et s'étendant sous la branche droite du maxillaire inférieur où existe une petite tuméfaction. La muqueuse est saine. La langue repoussée en haut et en arrière. Pas d'empreinte digitale. — *Diagnostic* : grenouillette. — *Opération* : Incision de la muqueuse buccale longue de 3 centimètres qui ouvrit la paroi kystique. Il en sort une matière sébacée jaune doré, cela fait revenir sur le diagnostic et porter celui de kyste dermoïde. L'extirpation se fait facilement. On tamponne la cavité et la plaie est suturée en partie. Au moment du réveil, le malade est pris d'une crise subite de suffocation liée à un gonflement du corps thyroïde :

le calme renaît bientôt. Guérison simple, on pense que cette asphyxie subite est due à des tiraillements de l'os hyoïde. — *Contenu* : cellules épithéliales dégénérées, graisse, cholestérine, poils. — *Paroi* : Interne : épithélium pavimenteux stratifié, deuxième couche de cellules cylindriques, peu de vaisseaux. Externe : beaucoup de glandes sébacées avec follicules pileux, quelques poils follets, des glandes sudoripares et des faisceaux musculaires lisses.

OBS. LVII. — (KLAPP. — *Eodem loco*, 1897). — Homme de vingt-huit ans, qui, quatre ans auparavant, sous le menton, a remarqué une tumeur grosse comme un pois, mais qui dans ces derniers temps s'est accrue et entraîne pour lui de la difficulté de parole, de mastication et de déglutition. Sous le menton, siège une tumeur médiane presque grosse comme un poing d'adulte, molle, fluctuante, sans adhérences et indolore, la peau à son niveau est normale. Cette tumeur fait également saillie dans la bouche où elle apparaît arrondie repoussant la pointe de la langue jusqu'à toucher la voûte palatine, la muqueuse est normale : une ponction exploratrice pratiquée ne donne rien. — *Opération* : Voie sus-hyoïdienne, incision médiane. On sectionne la musculature atrophiée du plancher de la bouche, ablation du kyste facile, guérison sans incidents. Constitution anatomique en tout semblable au cas précédent, sauf pas de glandes sébacées et quantité de poils.

OBS. LVIII. — (KLAPP. — *Eodem loco*, 1897.) — Jeune fille de quinze ans, qui depuis l'âge de six ans porte au cou une tumeur qui croissait ; indolore. Actuellement, on trouve dans la région sous-mentale une tumeur grosse comme une petite

pomme : médiane, la peau soulevée par elle forme double menton. La tumeur est mobile, molle, élastique, fluctuante, on peut la sentir dans le plancher de la bouche : pourtant elle ne le soulève pas. *Opération* : Anesthésie, voie sus-hyoïdienne. Tumeur facilement énuclée sauf au niveau d'une adhérence forte à la corne de l'os hyoïde, extirpation, fermeture de la plaie, drainage. La tumeur a le volume d'un œuf de poule, sa paroi est assez épaisse, du côté interne elle est revêtue d'une muqueuse. On ne trouve pas de poils. — *Au microscope* : épithélium pavimenteux stratifié, peu de vaisseaux sanguins, pas de glandes sébacées, pas de follicules pileux.

OBS. LIX. — (BOUSQUET. — *Bulletin médical*, 1897.) — Femme de vingt-quatre ans, porte une tumeur du plancher de la bouche qui a acquis depuis quelques semaines un développement fort gênant, la masse, en effet, fait saillie : 1° sous le menton, dans la région sus-hyoïdienne où elle constitue un relief du volume d'un gros œuf de poule encadré dans l'arc du maxillaire inférieur ; 2° dans la bouche, que la patiente a beaucoup de peine à tenir fermée, tout le plancher de la bouche est repoussé en haut, constituant en avant et au-dessus de l'arcade dentaire une saillie du volume d'une grosse mandarine sur laquelle la muqueuse est tendue et luisante, le frein de la langue divise cette saillie en deux parties égales. La langue, repoussée en arrière et en haut contre la voûte palatine, glisse avec peine sur cette sorte de boule et un violent effort est nécessaire pour amener sa pointe au dehors ; la parole et la déglutition sont gênées, de plus la difficulté qu'éprouve la malade à tenir la bouche fermée occasionne un écoulement incessant de salive,

au dire de la malade, la tumeur remonterait à un an seulement. Elle est très affirmative à ce sujet ; fort petite au début, cette masse a grossi lentement pour prendre les dernières semaines le développement actuel.

La palpation permet de reconnaître une masse molle rénitente enclavée au milieu des muscles de la langue ; étant donné ces caractères et la situation absolument médiane de la tumeur on pense à un kyste dermoïde du plancher de la bouche ; après anesthésie à la cocaïne la bouche étant maintenue grande ouverte par l'introduction de deux coins en liège entre les arcades dentaires on pratique une incision tout le long du frein de la langue ; à travers cette incision on ne tarde pas à apercevoir la paroi blanchâtre du kyste qui est séparée des muscles au milieu desquels on le trouve au doigt et aux ciseaux, il se détache peu à peu, à un moment donné sa paroi se rompt en un point laissant échapper un peu de liquide clair avec des grumeaux blanchâtres caractéristiques des kystes dermoïdes, une pince est placée sur cette ouverture et peu à peu par traction et dissection combinées le kyste est amené en entier en dehors, pendant la dissection on peut se convaincre que cette poche n'a aucun pédicule et aucune adhérence au squelette, après son énucléation il reste une grande cavité au milieu des muscles, la plaie est réunie par un point de suture profond et deux superficiels. L'examen histologique est pratiqué par le professeur Hermann, de Toulouse ; au point de vue histologique ce kyste appartient à la forme la plus simple.

La paroi se compose d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié à type épidermique dont l'épaisseur n'excède pas $1/20$ de millimètre et d'une lame conjonctive dermique assez peu vasculaire, aucune trace de glandes ou de papilles.

OBS. LX. — (ANDRÉ. — *Revue médicale de l'Est*, 1897.) — Femme, vingt et un ans, dont l'affection aurait débuté il y a six ans par une petite tumeur née sur le plancher buccal vers l'angle gauche du maxillaire inférieur ; elle ne causait aucune douleur, et ne se manifestait que par une légère sensation de corps étranger gênant les mouvements de la langue. Depuis la tumeur a grossi peu à peu d'une façon uniforme et en est arrivée à occuper tout le côté gauche du plancher buccal. Il y a trois ans elle a fait apparition à la région sus-hyoïdienne gauche et cette saillie a toujours grossi depuis, actuellement on constate à la partie postérieure de la région sous-maxillaire une tuméfaction du volume d'une noix assez profondément située, les téguments sont normaux, dans la bouche on voit une autre tuméfaction plus importante qui remplit tout le côté gauche du plancher buccal refoulant la langue en haut et à droite s'arrêtant au frein de la langue qui est un peu déviée vers la droite, toutes les dents du côté gauche des deux mâchoires sont dans un état de carie très avancée, l'haleine est fétide, à la palpation tumeur buccale molle nettement fluctuante de même que la tumeur sus-hyoïdienne et la fluctuation se manifeste de l'une à l'autre, c'est donc la même tumeur, les mouvements imprimés à la tumeur buccale se propagent à la tumeur sus-hyoïdienne, on porte le diagnostic de grenouillette d'abord sublinguale devenue ensuite sus hyoïdienne, l'extirpation est décidée, le 25 mars extraction de vingt-quatre dents ou racines complètement cariées, les jours suivants lavages antiseptiques répétés de la bouche. — *Opération* le 1^{er} avril par le professeur Gross. Chloroformisation, incision de la muqueuse buccale d'arrière en avant sur la tumeur, on traverse la muqueuse et une mince couche musculaire, on voit à nu dans la

partie externe de la plaie la glande sous-maxillaire saine et on écarte dans la lèvre externe un cordon blanchâtre qui est très probablement le canal de Wharton. Lorsqu'on arrive sur la paroi de la poche qui se décolle facilement des tissus voisins, son aspect jaunâtre fait immédiatement rectifier le diagnostic et porter celui de kyste dermoïde dont on pratique aussitôt l'extirpation. La poche peu résistante se rompt pendant ces manœuvres en plusieurs endroits laissant échapper un magma graisseux blanc-jaunâtre qui montre qu'il s'agit bien d'un dermoïde après évacuation à peu près complète de son contenu la poche est extirpée facilement et complètement par traction et décollement des muscles voisins il n'y a nulle part d'adhérences osseuses, nettoyage de la plaie, suture partielle de la muqueuse, on tamponne le reste de la plaie, avec une mèche de gaze iodoformée, les suites opératoires furent très simples, il y eut un peu de gonflement les premiers jours. Grâce à des lavages antiseptiques fréquents de la bouche la malade put quitter le service au bout d'une huitaine de jours presque complètement guérie. L'examen histologique de la poche confirma sa nature dermoïde.

Obs. LXI. — (FENDT. — Thèse de Freiburg, 1898.) — Femme de soixante-trois ans. Depuis des années la malade a remarqué un gonflement du plancher de la bouche qui, dans le cours de la deuxième année, s'est accru rapidement : le volume de la tumeur entrave la mastication et la parole. Actuellement la langue est refoulée vers le palais. La tumeur grosse comme le poing fait également saillie dans la région sus-hyoïdienne muqueuse normale. La tumeur comprend tout le plancher buccal et n'est pas limitée en arrière. Consistance

molle pseudo-fluctuante. Pas de douleurs ni d'autre symptôme fonctionnel, pas d'attache apparente à l'os hyoïde. — *Opération.* Cocaïne. Incision de la muqueuse en forme de demi-croix parallèle à l'axe du maxillaire : la muqueuse se détache facilement de la surface de la tumeur. On énuclée celle-ci sans difficulté ; on est conduit dans l'angle inférieur de la bouche jusqu'au corps de l'os hyoïde ; tamponnement de la cavité buccale ; suture de la muqueuse. Pas de réaction. Guérison.

OBS. LXII. — (ROCHA. — Thèse de Halle, 1898.) — Homme, vingt-deux ans, a remarqué il y a deux ans qu'il avait sous la langue une tumeur qui le gênait un peu pour parler, plus tard peu à peu elle s'accrut et finit par gêner parole et mastication. Actuellement le malade parle très indistinctement : on le comprend avec peine. Tout le plancher buccal est rempli par une tumeur du volume du poing, qui fait également une forte saillie dans la région sous-mentale. En haut cette tumeur dépasse les dents confinant au palais si bien qu'il est impossible au malade de fermer complètement la bouche. La langue est tout entière repoussée en arrière, elle ne peut atteindre en avant que la moitié de la cavité buccale. Superficiellement : tumeur lisse, consistance molle mobile sur le maxillaire, fluctuation nette, muqueuse normale. Ponction exploratrice par la bouche, donnant issue à des fragments caséeux. Incision de 10 centimètres dans la région sous-mentale : section des digastriques et du mylo-hyoïdien. Pendant l'énucléation, la tumeur se déchire et son contenu sous forme de bouillie s'échappe. On extirpe alors la poche en totalité : sutures et drain. Après quatre jours la cavité est fermée en grande partie (volume d'une noix) on enlève le drain ; après deux semaines, guérison.

OBS. LXIII. — (ROCHA, *eodem loco*, 1898). — Homme, trente-huit ans. Prétend avoir eu dans sa première jeunesse une tumeur sous la langue. Grosse au début comme une cerise elle s'accrut peu à peu pendant vingt ans pour atteindre le volume d'une prune. A ce point elle cessa de croître. Aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle. Mais dans ces dernières années la tumeur devient grosse comme une pomme, elle gêne le malade.

On trouve une tumeur arrondie, occupant tout le plancher buccal, sur elle la muqueuse apparaît saine. Au palper : il s'agit d'une tumeur ronde, lisse, sans la moindre adhérence muqueuse, maxillaire ou linguale, mais qu'on peut suivre jusqu'à l'os hyoïde : les glandes sublinguales sont un peu aplaties : les sous-maxillaires repoussées en dehors. La tumeur est molle sans fluctuation, mais garde l'empreinte du doigt pendant un instant : les conduits de Warthon sont indépendants d'elle. — *Diagnostic* : Kyste dermoïde. — *Opération* : Chloroforme. On fait une incision transversale de six millimètres de la muqueuse qui se dissèque facilement, on ne peut isoler complètement la tumeur à cause de son volume : après incision, on vide la poche de son contenu épais, mêlé de courts poils : on ferme avec une pince l'ouverture faite, l'énucléation est ensuite facile. Tamponnement et drainage, on suture la muqueuse avec huit fils, complète cicatrisation, huit jours après. Au microscope : aspect typique de la peau.

OBS. LXIV (Résumée). — (MORESTIN, *in* Mascarel, thèse de Paris, 1899.) — Jeune homme, vingt-trois ans, entré le 14 septembre 1898 à l'hôpital Necker, libéré prématurément du service militaire pour une grosseur dont le début remonte à un an sou-

levant d'abord la langue puis faisant saillie sous le menton, incisée deux fois par voie muqueuse et par voie cutanée, la tumeur ne guérit pas, le malade est réformé, c'est un homme robuste, mais qui a eu pourtant vers l'âge de dix ans un abcès froid sur le côté gauche du cou, pas d'antécédents bacillaires très nets cependant à son entrée la région sous-maxillaire gauche est considérablement déformée par une tumeur qui occupe cette région toute entière s'étendant depuis la mâchoire jusqu'à l'os hyoïde et d'autre part depuis le voisinage du menton jusque derrière l'angle de la mâchoire, cette tumeur est du volume d'une mandarine, à sa surface la peau présente une cicatrice irrégulière qui est la trace de l'incision cutanée signalée, à part la cicatrice voisine de l'abcès froid ancien la peau est souple, lisse, simplement soulevée et non distendue par la tumeur, elle présente sa coloration et sa mobilité habituelles.

En palpant la région sous-maxillaire, on est frappé par la sensation d'extrême mollesse qu'on perçoit, le contenu de la tumeur paraît liquide et fuit sous la moindre pression des doigts, il semble que ce liquide soit contenu dans une poche peu tendue qui s'étale et s'efface. On pourrait presque croire que cette masse se réduit de consistance partout uniforme. Du côté de la bouche on voit la langue refoulée en arrière et à droite par une tuméfaction volumineuse qui émerge du plancher buccal en soulevant la muqueuse. La langue est comme tordue sur elle-même et sa face dorsale est tournée à droite; la pointe se trouve au niveau de la première grosse molaire. La tumeur qui fait saillie dans la bouche est grosse comme un œuf et s'étend en avant jusqu'aux incisives, en arrière jusqu'au milieu antérieur du voile, la muqueuse soulevée a conservé une coloration à peu près normale, elle présente une cicatrice transversale due à

l'intervention pratiquée par voie muqueuse il y a cinq mois, la langue n'est pas immobilisée mais tous ses mouvements sont anormaux, sa pointe peut faire saillie hors de la bouche, l'organe est alors disposé en arc de cercle et son extrémité libre se dirige vers la gauche. Cette tumeur paraît au premier abord comme la sus-hyoïdienne réductible à la pression, il y a seulement en réalité un étalement, un refoulement et la fluctuation ne se transmet pas nettement quand on appuie sur la tumeur intra-buccale tendant et gonflant ainsi la tumeur sus-hyoïdienne. La mastication est gênée, la voix est sourde et l'articulation des linguales se fait difficilement. Les orifices des deux canaux de Warton sont visibles avec netteté : ils laissent écouler de la salive en abondance quand on frotte doucement la muqueuse voisine, on peut très facilement en faire le cathétérisme avec un crin de Florence. On porte d'emblée le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne parce que la tumeur avait fait saillie d'abord dans la bouche, puis sous le menton et que d'autre part les deux incisions antérieures n'avaient été suivies d'aucun résultat. Opération le 16 septembre par voie sus-hyoïdienne à cause des adhérences probables dues aux traitements antérieurs, pratiquée par le Dr Morestin ; la tumeur, mise à nu et bien disséquée, est parfaitement limitée, d'aspect jaunâtre.

Sa paroi assez résistante se laisse séparer sans grande difficulté des tissus environnants, elle se montre comme une masse sphérique occupant tout l'espace compris dans l'écartement des ventres des digastriques. Elle est ponctionnée avec une pipette et l'aspiration fait remonter un liquide clair mêlé de filaments d'un blanc jaunâtre étirés en vermicelle. On met alors une pince sur l'ouverture et on continue la libération de la tumeur qui devient plus laborieuse à mesure qu'on appro-

che de la muqueuse buccale. Pour faciliter son extraction on l'ouvre et on la vide, on constate alors avec étonnement qu'il sort de la poche une grande quantité d'une sorte de pommade jaunâtre dans laquelle on trouve de rares cheveux. Il s'agissait donc d'un kyste dermoïde du plancher buccal et non d'une grenouillette comme on le supposait. On trouve de plus une adhérence profonde aux tendons des muscles géniens tout près du maxillaire, la poche kystique formait un bissac coudé au niveau du bord postérieur du mylo-hyoïdien.

La muqueuse buccale, bien que réunie par une cicatrice à la paroi kystique, peut-être décollée sans déchirures. Sutures profondes et sutures cutanées au crin, on place un petit drain. Les suites de l'intervention ont été très satisfaisantes, le drain est enlevé le cinquième jour, les fils le huitième, réunion parfaite. Examen microscopique : paroi constituée par un derme et un épiderme ; ce dernier présente une couche profonde comparable au corps de Malpighi, un stratum granulosum et une couche épaisse de cellules lamellaires et cornées, le magma butyreux qui remplissait le kyste est formé par des cellules adipeuses devenues libres et agglomérées. Dans l'épaisseur de la paroi on voit, chose assez rare, un grand nombre de très belles glandes sébacées et des follicules. Par contre il n'y avait pas de papilles. L'examen du liquide n'a montré que des débris cellulaires, des cristaux d'acides gras : chimiquement il présentait cette particularité de contenir incontestablement du sulfo-cyanure de potassium, fait absolument anormal même dans une grenouillette.

On peut expliquer la présence de ce corps en rappelant qu'à la suite d'une intervention précédente le kyste avait été mis en large communication avec la bouche et que la salive pouvait

entrer librement dans la poche kystique qui s'était ensuite refermée. Cet élément de la salive a pu y demeurer sans modifications étant donné que l'intervention était relativement récente. Par suite de ce fait même on aurait dû trouver des microorganismes vivant ordinairement dans la bouche, mais le kyste était complètement stérile comme ceux qui sont toujours restés parfaitement clos.

(OBS. LXV. — SCHUBMCHL. Thèse Fribourg, 1901). — Jeune homme, quinze ans. Entre à l'hôpital le 16 avril 1901. Il y a quatorze jours ses parents remarquèrent chez lui un embarras de la parole et constatèrent un gonflement marqué du plancher de la bouche; aucun antécédent. On constate une difficulté particulière pour prononcer les consonnes L. D. Une tumeur occupe tout le plancher buccal également des deux côtés du volume d'un œuf de pigeon, elle s'étend jusqu'au frein de la langue et dépasse des deux côtés les arcades dentaires : la langue est surélevée de 2 centimètres. Les mouvements communiqués par pression sous le menton se répercutent sur la langue : Tumeur ferme avec fluctuation évidente : Muqueuse normale. — *Opération* : Cocaïne. Section du frein de la langue : incision jusqu'aux incisives. La muqueuse décollée est fixée par deux points de sutures dont les fils sont tirés en dehors séparément. On énuclée facilement la tumeur, nulle part adhérente mais, bien qu'enlevée avec soin, elle se déchire et laisse échapper un liquide blanc-jaunâtre de consistance crémeuse, pas de poils. Tamponnement à la gaze iodoformée et les fils placés au début furent noués par-dessus le tampon. Suites : nourriture liquide avec une pipette : pas de température, tampon enlevé le troisième jour, lavages de la bouche avec une solution anti-

septique, le cinquième jour on enlève les fils : guérison au dixième. — *Examen histologique* : Paroi : 1° épithélium pavimenteux stratifié à noyaux par places, masses soulevées, rougeâtres, restes du contenu adhérent à paroi ; 2° une couche conjonctive ; 3° une couche vasculaire riche en lymphatiques, corpuscules lymphatiques, cellules lymphatiques et quelques vaisseaux de néoformation.

OBS. LXVI. — (BERGER. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie, séance du 18 décembre 1901*). — Jeune fille de dix-neuf ans, porte depuis sept ans une tumeur dans la bouche, incisée il y a trois ans cette tumeur donna issue à un liquide épais analogue à du miel, elle récidiva aussitôt ; il y a un an que progressivement elle a atteint le volume actuel, il n'y a que peu de gêne fonctionnelle. C'est une tumeur du plancher de la bouche du volume d'un rein d'enfant remplissant en entier les arcades dentaires, la langue est refoulée en haut et en arrière la tumeur opaque sur laquelle on voit une muqueuse nullement altérée et mobile : cependant par places on décèle de légères ulcérations produites par le contact des dents. La tumeur tend légèrement la région sus-hyoïdienne. — *Diagnostic* : kyste dermoïde du plancher de la bouche. — *Opération* : voie buccale. Incision verticale et médiane ; on arrive sur le kyste dont l'énucléation est partout facile sauf une adhérence aux apophyses géni qui est sectionnée ; extirpation de la tumeur en entier. L'examen de la tumeur ne fut pas fait : elle était située dans l'intervalle des génio-hyoïdien et des mylo-hyoïdiens.

OBS. LXVII. — (PATEL. *Archiv. provinc. de chirurgie*. Paris, 1901, p. 477-481). — Femme, quarante-neuf ans, a re-

marqué il y a dix-huit mois qu'elle avait une tumeur de la taille d'une amande verte contre le corps du maxillaire inférieur du côté droit : aucun changement ne s'est produit depuis : elle n'en souffre en rien.

A l'examen, on voit la langue soulevée par une tumeur latérale droite qui semble occuper la place de la glande sublinguale. C'est une tumeur molle, arrondie, réductible. A gauche, une deuxième tuméfaction dont la forme, le siège et la consistance sont analogues et symétriques à la première. Enfin ces deux tumeurs situées de chaque côté de la ligne médiane reposent sur une troisième tuméfaction plus importante comprenant tout le plancher buccal : elle est dépressible, fluctuante et indolore. D'autre part, dans la région sus-hyoïdienne médiane existe une tumeur du volume d'un œuf de dinde située au-dessus de l'os hyoïde plus à droite qu'à gauche, elle est molle, dépressible, de même consistance que les tumeurs buccales à son niveau la peau est normale : l'ensemble de ces tuméfactions paraît ne faire qu'une masse unique. Opération pratiquée par M. Poncet, par voie sus-hyoïdienne : incision médiane, on traverse la peau et une couche musculaire relativement épaisse pour atteindre la tumeur qui apparaît entre les deux muscles génio-hyoïdiens sous l'aspect d'une poche blanchâtre, résistante : très dépressible : on a presque la sensation du flot. La poche incisée il s'échappe un contenu semi-solide de la couleur de la glace du café et formé de matière sébacée : pas de poils. La poche se laisse disséquer assez difficilement : on arrive à le faire cependant sans la déchirer : on sectionne à droite une adhérence très forte qui paraît remonter jusqu'à la face interne de la branche montante du maxillaire jusque sur l'apophyse styloïde, pas d'adhérence hyoïdienne. On place un drain à la

partie déclive de la plaie cutanée, les suites furent parfaites, le drain diminué le quatrième jour est retiré le cinquième jour.

L'auteur recommande de drainer et toujours à la partie déclive et dans la région sus-hyoïdienne. Même lorsque l'ablation du kyste aura lieu par voie buccale on devra faire une boutonnière cutanée et placer là le drain.

OBS. LXVIII. — (POTHERAT. Société de Chirurgie, 1902).
— Femme de vingt-sept ans, opérée deux fois en plusieurs années d'un kyste du plancher de la bouche ayant toujours récidivé, probablement parce qu'il n'avait pas été enlevé en totalité, on sait en effet que l'incision simple ou même l'ablation partielle de ces productions pathologiques est presque fatalement suivie de récurrence.

La malade s'était présentée comme atteinte de grenouillette, elle portait en effet sous la pointe de la langue au niveau du plancher de la bouche une tumeur arrondie, fluctuante, mais qui différait d'une grenouillette par plusieurs caractères. Tout d'abord cette tumeur bien que du volume d'un gros œuf de poule faisait à peine saillie derrière l'arcade dentaire à l'état de repos, c'est-à-dire dans la résolution musculaire, mais la malade venait-elle à contracter les muscles de la langue en relevant cet organe contre le palais, alors on voyait apparaître brusquement une grosse tumeur. En second lieu cette tumeur arrondie bien que développée à droite de la ligne médiane n'était pas latérale, elle dépassait de près d'un tiers la ligne médiane pour se porter à gauche, en outre elle était recouverte d'une muqueuse buccale de couleur normale d'aspect et d'épaisseur ordinaires et non de cette muqueuse très amincie, pelliculaire et absolu-

ment translucide qu'on observe dans la grenouillette sublinguale. La masse était nettement opaque. Enfin on constatait aisément au palper du plancher de la bouche inter et extra que la tumeur était fluctuante, mais ce n'était pas la fluctuation nette évidente de la grenouillette c'était une rénitence un peu pâteuse véritablement spéciale. Cette tumeur a été enlevée en l'énucléant par la voie buccale et cela très facilement de la manière suivante en s'aidant exclusivement de l'anesthésie à la cocaïne en solution au centième. Après avoir fait saillir la tumeur sur le plancher de la bouche on incise largement la muqueuse, puis on ouvrit franchement le kyste, une matière sébacée fut projetée en abondance au dehors, l'index introduit dans la poche y disparaît aux trois quarts. On vida bien la poche, l'essuya avec soin, puis l'attira peu à peu en la libérant tout autour facilement et rapidement à l'aide de ciseaux. On put ainsi l'examiner en entier au dehors et constater qu'elle ne tenait solidement qu'en un point répondant au niveau de l'apophyse génio-supérieure du côté droit d'où on la détacha sans qu'à aucun moment le revêtement interne de la poche ait été intéressé. La surface interne de ce kyste est tomenteuse, elle a l'aspect de la peau lavée et comme macérée, elle ne contenait que de la matière sébacée et quelques poils follets très rares et très fins qu'on ne voyait qu'à jour frisant. Il s'agit d'un kyste dermoïde ad-génien, ce nouveau cas vient s'ajouter aux faits déjà connus et montre qu'un certain nombre de ces kystes peuvent, ainsi que l'avait déjà montré Gérard-Marchant, être énucléés par voie buccale. La malade n'a présenté aucun accident consécutif, elle est aujourd'hui complètement guérie.

OBS. LXIX. — (CAVAUD. Thèse, Bordeaux 1903). — Une jeune fille est porteur d'une tumeur volumineuse et arron-

die faisant à la fois saillie sous la muqueuse buccale et dans la région sus-hyoïdienne sans changement de coloration aux téguments cutané et muqueux qui la recouvrent, elle raconte que sa tumeur déjà très ancienne a acquis lentement mais progressivement les dimensions qu'elle présente aujourd'hui et qu'on peut évaluer sans la moindre exagération au volume d'un œuf de dinde, l'évolution s'est faite sans douleur, insensiblement, l'aggravation seule des symptômes fonctionnels a décidé la patiente à venir consulter. En même temps qu'un double menton apparaissait il se formait dans la bouche sous la langue une saillie de plus en plus considérable occupant tout l'espace compris entre cet organe et la face interne du maxillaire inférieur. L'articulation de la parole était progressivement altérée, bien plus, la jeune malade ne se nourrissait plus que très difficilement tellement la langue était refoulée en haut et en arrière et la préhension des aliments gênée à un degré très marqué ; à l'ouverture de la bouche on apercevait une saillie considérable médiane, arrondie, lisse soulevant la muqueuse du plancher buccal. Aucune coloration spéciale autre que celle de la muqueuse de cette région, à un bon éclairage on voyait nettement les canaux de Warthon serpenter sous la muqueuse dont ils se détachaient très bien grâce à leur aspect plus foncé, on se rendait compte également à la palpation que la muqueuse glissait sur la tumeur dont elle était séparée par un tissu cellulaire lâche ; sous le menton la même tumeur faisait également une très grosse saillie et les téguments qui la recouvraient ne paraissaient nullement lui être adhérents, par la palpation bimanuelle on pouvait s'assurer qu'il s'agissait d'une seule et unique tumeur tendue rénitente car on pouvait la refouler alternativement vers l'extérieur ou vers la cavité buccale, impossible

de s'assurer si cette tumeur, qui donnait au doigt la sensation d'un kyste, contractait des adhérences avec le maxillaire ou l'os hyoïde; à la diaphanoscopie pratiquée dans la chambre noire avec l'appareil dont on se sert journellement à la clinique pour examiner les sinus frontaux le kyste fut trouvé absolument opaque, cette constatation avait son importance car une simple grenouillette eût été transparente. M. Brindel décida d'intervenir le jour même à la faveur d'une simple anesthésie localisée par la cocaïne adrénalisée; la malade étant assise devant lui, l'insensibilisation obtenue il fit au galvano-cautère une incision verticale parallèle au frein de la langue (tellement étalé qu'il n'était plus reconnaissable) et passant entre les deux orifices des canaux de Warthon c'est-à-dire exactement sur la ligne médiane et sur l'arête du frein, cette incision pratiquée dans toute la hauteur du kyste visible sur le plancher buccal intéressa d'emblée et de propos délibéré la muqueuse et la paroi de la tumeur, ainsi fut mise à jour une substance granuleuse blanc-jaunâtre analogue à du riz mal cuit dont une partie s'évacua spontanément.

Il fut alors facile à l'opérateur de saisir à l'aide de deux pinces à forcipressure deux tranches de la paroi kystique, tranches assez épaisses et résistantes qui furent séparées avec la plus grande facilité du tissu ambiant; la tumeur ne possédait aucune adhérence au squelette, la séparation fut obtenue en quelques secondes par la sonde cannelée et le doigt, la poche s'énucléa tout entière sans la moindre hémorragie et sans trop grande douleur (la jeune fille pourtant très timorée ne fit aucun mouvement susceptible de gêner l'opérateur).

Une petite mèche de gaze iodoformée fut laissée pendant quarante-huit heures dans la cavité laissée libre par le kyste, la réaction inflammatoire fut à peu près nulle. Pendant les quel-

ques jours qui suivirent on prescrivit des bains de bouche émollients et alcalins très fréquents et la cicatrisation était obtenue complètement dans l'espace de huit jours.

La guérison depuis cette époque ne s'est pas démentie et l'état général a beaucoup gagné à la suite de l'intervention, le Dr Brindel a pratiqué l'examen histologique de la paroi du kyste, il s'agit bien d'un kyste dermoïde, un épithélium pavimenteux stratifié revêt la face interne de la cavité, par places on trouve de véritables papilles bien formées çà et là, on aperçoit des follicules pileux, cette observation est intéressante à différents points de vue :

Par le volume de la tumeur ;

Par la saillie qu'elle formait aussi bien sur le plancher buccal qu'à la région sus-hyoïdienne ;

Par son défaut de transparence signe qui n'a peut-être jamais été recherché en pareille occurrence ;

Par son défaut d'adhérence, aux os du voisinage (apophyses géni, os hyoïde) ;

Par le procédé opératoire mis en œuvre, incision primordiale de la poche permettant de trouver facilement le plan de clivage et de pratiquer rapidement l'énucléation ;

Par la rapidité de la guérison.

ORS, LXX. — (J. ABADIE. *Bull. de la Soc. Anat. de Montpellier*, 1903). — Garçon, neuf ans. S'est aperçu six mois auparavant qu'il avait sous la langue une petite tumeur du volume d'une noisette : cette tumeur peu gênante a atteint le volume d'un petit œuf de poule ; sphérique et médiane, elle occupe tout le plancher buccal. Soulevant la langue : elle a un aspect bilobé dû à ce que le frein la partage en deux parties symétriques. Régulière.

lisse, de coloration jaune-rosé, elle offre une consistance molle, pâteuse, et garde l'empreinte du doigt : pas de fluctuation ; on ne reconnaît pas de prolongement sus-hyoïdien. *Opération* : Chloroforme, voie buccale : incision antéro-postérieure sur le frein. On tombe sur une saillie blanchâtre qu'on énuclée facilement, sauf en bas où à coups de ciseaux, on doit libérer une adhérence aux apophyses géni vraisemblablement. Tamponnement de la cavité, peu de sang, suture au catgut, Lavages de bouche avec une solution boricuée, thymolée, suites simples. La tumeur a le volume d'une grosse noix avec une paroi fibreuse de 1 millimètre d'épaisseur, et le contenu sébacé ordinaire des kystes dermoïdes au microscope, la paroi est formée de deux couches, l'une externe : fibro-élastique, l'autre interne avec un épithélium malpighien.

OBS. LXXI. — (J. ABADIE. *Eodem loco*, 1903). — Femme, vingt ans. A douze ans aurait eu des glandes dans la région, sous-maxillaire droite : dont restent des cicatrices violacées. Depuis deux ans elle porte dans la région sus-hyoïdienne médiane une tuméfaction qui, a augmenté sensiblement de volume depuis huit mois. On trouve en effet une tuméfaction sous-mentale : médiane, large et diffuse qui dans la bouche ait une légère saillie sur le plancher buccal. Au palper elle donne la sensation d'un empatement mou. *Opération* : Chloroforme. Incision cutanée longue de 7 centimètres le long du bord du maxillaire inférieur : on enlève trois ganglions tuberculeux agglomérés. Au fond de la plaie on voit la tumeur blanchâtre, lisse, molle, pâteuse, gardant l'empreinte du doigt. On l'attire superficiellement : énucléation facile, sauf en haut où adhérences au plancher buccal et au pôle inférieur où sont

quelques tractus fibreux profonds. La tumeur a le volume d'un gros œuf, elle mesure 7 centimètres de long sur 5 centimètres de large, légèrement étranglée en deux points symétriques à sa partie médiane, elle affecte la forme d'une brioche, contenu sébacé. La nature dermoïde du kyste est confirmée par l'examen histologique.

OBS. LXXII. — (GUIMOND et CLERMONT. *Toulouse médical*, 1905, 2. s, vii, 238.) — Garçon de vingt-cinq ans, double hernie inguinale. Depuis six mois, il constate une tumeur soulevant le bord gauche de la langue qui s'accrut progressivement et augmenta rapidement dans les derniers temps.

Dans la région sous-maxillaire gauche siège une tumeur qui occupe toute la région. La peau est souple, normale, mobile, du volume d'un œuf, la tumeur n'atteint pas l'os hyoïde. Dans la bouche, la langue refoulée et tordue sur elle-même est tournée à droite, la muqueuse au-dessus de la tumeur est rosée, légèrement bleuâtre, on constate de la turgescence des veines : la tumeur s'étend de la première molaire au pilier antérieur du voile. La langue est mobile, ses mouvements assez faciles un peu gênés pourtant. La tumeur résistante, avec une certaine élasticité, donne la sensation de continu liquide, la fluctuation n'est pas nette. Pas d'empreinte digitale. — *Diagnostic* : hésitant entre une grenouillette sublinguale et un kyste dermoïde. On croit à une grenouillette à cause de la situation latérale. *Opération* : Cocaïnisation, voie buccale, incision de la muqueuse parallèle à l'axe de la tumeur. Un doigt est glissé entre la tumeur et les tissus voisins. Dès lors le kyste s'énuclée facilement sauf au pôle antérieur où l'on trouve une adhérence

très résistante au bord du maxillaire inférieur et dont l'insertion se fait à 1 centimètre en dehors des apophyses géni et non sur elles : on la sectionne à coups de ciseaux, à ce moment la tumeur est ouverte : il s'en échappe une matière jaunâtre analogue à du bouillon de semoule épais avec de nombreux poils. Donc il s'agit d'un kyste dermoïde. Le kyste est enlevé entièrement, hémostase facile, une mèche est laissée dans la cavité, on réunit les lèvres de la plaie muqueuse par un surjet au catgut. Le lendemain : légère tuméfaction de la muqueuse buccale vite amendée par de fréquents lavages à l'eau oxygénée. L'examen histologique confirma le diagnostic de kyste dermoïde.

OBS. LXXIII. — (HERBET. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1905). — Garçon de quinze ans, qui depuis deux ans portait dans la région sus-hyoïdienne une tumeur du volume d'abord d'une noix devenu ensuite comparable à un très gros œuf de poule. lui occasionnant une gêne considérable de parole, de mastication de déglutition et de respiration. C'est une tumeur arrondie régulière, exactement médiane avec téguments indépendants. Dans la bouche la langue est collée au palais par la tumeur médiane s'étendant un peu plus à gauche avec une coloration légèrement jaunâtre : sur elle la muqueuse glisse normalement : pas d'adhérences visibles. — *Opération* : Voie sus-hyoïdienne, incision médiane de 5 à 6 centimètres, énucléation facile et en totalité. Il s'agit d'une tumeur légèrement bilobée du volume d'un gros œuf de poule contenant un liquide blanchâtre avec des grumeaux à aspect caséeux. La paroi interne peu épaisse apparaît chagrinée, un peu villeuse.

OBS. LXXIV.— DUJARIER. *Bull. de Soc. de Chirurg*, 1904). — Homme, vingt ans, porte depuis un an une tuméfaction sus-hyoïdienne médiane, arrondie, régulière, nettement fluctuante, elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel. — *Opération*: voie cutanée; incision médiane; énucléation facile: pas d'adhérences. Guérison au neuvième jour. Paroi nettement dermique avec quelques papilles ébauchées; contenu, enduit sébacé.

OBS. LXXV. — (HEIDENREICH 1908). — Jeune fille de vingt ans, porte depuis deux ans et demi une tuméfaction à la partie droite du cou s'étendant depuis le menton jusqu'au larynx. Cette tumeur apparaît également sous la langue. La malade se plaint depuis longtemps de douleurs de tête et de palpitation on la traite par des injections iodées. Actuellement on constate sous la moitié droite de la langue près du frein une tumeur du volume d'une noix. Les muscles du plancher sont projetés en avant par la tumeur au-dessus de laquelle la muqueuse est d'aspect normal. En outre la région sous-mentale montre une tumeur massive s'étendant jusqu'à l'os hyoïde auquel elle paraît fixée. Donc tumeur à la fois sublinguale et sus-hyoïdienne. *Opération* le 21 octobre 1907. Chloroforme et morphine, voie buccale, un fil de soie est passé dans la pointe de la langue qu'on attire à gauche, incision de la muqueuse de 3 centimètres de long allant depuis le frein vers la droite le long du bord et à côté de la langue on arrive à 1 centimètre de profondeur sur une tumeur de coloration grisâtre qui se laisse facilement décortiquer, jusqu'au-dessus de la région sous-mentale par une énucléation au doigt et avec un instrument mousse. On plaça dans la cavité un tampon de gaze iodoformée et la plaie fut fermée

en partie par des sutures. Le lendemain gonflement du cou et douleurs à la déglutition. La malade n'absorbe qu'avec peine très peu de liquide. Les 23 et 24 octobre amélioration notable. Le 25 on enlève sutures et tampon. Le 30 la malade sort de l'hôpital elle porte encore une petite plaie. Le 19 novembre revue guérie.

Anatomie pathologique. — Tumeur du volume d'un œuf de poule à surface lisse, grisâtre, contenu : magma épais. Au microscope, il s'agit d'un kyste dermoïde formé comme on le sait d'une paroi épaisse revêtue à sa surface interne par un épithélium plat contenant une masse grasse dans laquelle on trouve des poils, des détritux graisseux, des débris épithéliaux et des cristaux de cholestérine. Ces kystes proviennent d'une disposition congénitale, d'une portion d'épithélium enfermée lors de la fermeture des fentes branchiales chez le fœtus. La tachycardie et l'exophtalmie avaient fait penser à la maladie de Basedow; mais la situation haute de la tumeur, son développement sous la langue entraînèrent le diagnostic, vers une tumeur à autre siège : kyste du plancher buccal.

Obs. LXXVI. — (BERTRAND. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 14 février 1907.) — Jeune fille. Cas d'un kyste dermoïde congénital du plancher buccal opéré 15 fois pour des accidents infectieux qui occasionnèrent une fistule cutanée. *Opération* par voie sus-hyoïdienne : la fistule remontait dans la langue jusque vers l'épiglotte, suites simples. Au microscope : il s'agit d'un kyste dermoïde.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont des tumeurs relativement rares.

II. — La congénitalité de ces tumeurs permet de comprendre la non-valeur des causes prédisposantes tirées de l'âge, du sexe, du traumatisme ou des causes d'irritation locale.

III. — La théorie pathogénique la plus plausible paraît être l'enclavement d'une portion de l'ectoderme au niveau des premier et deuxième arcs branchiaux. Elle expliquerait :

1° Le siège anatomique de ces tumeurs au niveau de la partie médiane du plancher de la bouche ;

2° Les connexions possibles de la tumeur avec le premier arc ayant formé le maxillaire inférieur et le deuxième arc (arc hyoïdien) ;

3° La constitution de ces tumeurs que caractérisent une paroi ectodermique présentant histologiquement tous les caractères du revêtement cutané et un contenu formé par de la matière sébacée avec ou sans liquide et quelques poils.

IV. — La classification de ces kystes dermoïdes est encore un peu obscure. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe à côté des kystes dermoïdes du plancher de la bouche une variété très rare (2 cas nettement observés) de kystes sus-hyoïdiens et superficiels qui ne doivent pas

anatomiquement entrer dans le cadre des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. Parmi ces derniers, les uns de beaucoup les plus fréquents siègent sur la ligne médiane et sont expliqués par la pathogénie. Les autres beaucoup plus rares à siège nettement latéral sont d'une interprétation plus difficile.

V. — Les adhérences fibreuses du kyste aux apophyses géni et au corps de l'os hyoïde nous ont paru relativement plus fréquentes (28 fois sur 55 observations). Elles ne nous permettent pas de tirer de cette connexion anatomique une base suffisante pour classer ces tumeurs. Nous sommes plus disposé à proposer une classification anatomique basée sur les rapports du kyste avec les muscles environnants, et nous diviserons volontiers les kystes dermoïdes du plancher de la bouche en : 1° kystes médians, les uns supérieurs, dits ad genio-glosseo, les autres inférieurs, dits ad genio-hyoïdien ; 2° kystes latéraux, siégeant au-dessus du mylo-hyoïdien.

VI. — Les signes des kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont ceux d'une tumeur demi-liquide siégeant le plus ordinairement sur la ligne médiane présentant une forme régulière, un volume variable, une consistance pâteuse susceptible dans quelques cas de garder l'empreinte du doigt. Cette tumeur indolore est cependant capable par son volume de gêner le bon fonctionnement de la langue.

VII. — L'évolution lente de ces tumeurs, apparaissant en général à l'âge adulte, ne s'infectant jamais, jointe aux caractères inscrits ci-dessus, permet de les différencier des autres tumeurs liquides ou lipomateuses du plancher de la

bouche. Seule la grenouillette peut prêter à la confusion. Mais son siège latéral, sa transparence, l'aspect de la muqueuse sont en faveur de la grenouillette qui n'est en réalité qu'une variété du kyste congénital du plancher de la bouche.

VI. — Le diagnostic ne devra jamais être confirmé par la ponction exploratrice qui nous paraît absolument inutile.

IX. — Le traitement de choix est l'extirpation, toutes les anciennes méthodes d'incision, de grattage avec ou sans cautérisation devant être formellement rejetées. La tumeur occupant le plancher de la bouche, c'est-à-dire, sus-jacente au mylo-hyoïdien, ne peut être extirpée que par la voie buccale et la question de l'abord sus-hyoïdien si longtemps discutée n'offre plus d'intérêt que pour les kystes sus-hyoïdiens, variété exceptionnelle que nous avons essayé de dégager.

Même pour les kystes faisant saillie dans la région hyoïdienne la voie haute nous paraît devoir être préférée à la voie basse.

L'extirpation de ces kystes est facile et leur guérison rapide est la règle.

Vu : le Président de la thèse,
SECOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- J. ABADIE. — Bulletin de la Soc. anat. de Montpellier, 1903.
ACHARD. — (Voir Lannelongue)
ATKIN. — The Lancet, 9 mai 1885.
ANDRÉ. — Revue médicale de l'Est. Nancy, 1897.
BARBÈS. — Thèse de Paris, 1879.
BARKER. — Trans of the clinic Soc. of London, 1883, p. 215.
BAZY. — Bull. de la Soc. de Chirurg., 1871, p. 493.
BEAUFOY GREEN. — British medical journ., 1888.
BERGER. — Presse médicale, 1901, t. II, p. 201.
— Bull. Société Chirurgie, 1902.
BERTHERAND. — Thèse de Strasbourg, 1845.
BERTRAND. — Société de Chirurgie de Lyon, séance du 14
fév., 1907.
BOUCHET. — Bull. et mémoires Soc. Anat, 1904, p. 619-622.
BOUSQUET. — Bull. médical, 1897.
BRYANT. — Clinical Surgery, 1870, III^e partie, p. 169.
BUCHANEAU. — Glasgow medic. Journal, 1882, t. XVII, p. 212.
CAVAUD. — Thèse de Bordeaux, 1903, t. VI.
CAYE. — Thèse de Paris, 1892, t. VI, n^o 294.
CHAVANNAZ. — Journ. de méd. de Bruxelles., 1897, p. 201.
COMBALAT. — Bul. et mem. de Soc. Chirurgie, 1881, t. VII,
p. 504.
CRUVEILHIER. — Bul. Soc. anat., 1862, 2^e série, t. VIII,
p. 43.
DARDIGNAC. — Communication à la Société de Chirurgie, 1883,
p. 710.
DELORE. — Gaz. hebdomad. de Méd. et Chirur., 1900, p. 217.

- DELORE et PONCET. — Gaz. hebd. de Méd. et Chirurg. Paris, 1898, p. 975-977.
- DEMONS. — Thèse de Paris, 1868.
- DENONVILLIERS. — Compendium de chirurgie, t. III.
- DEVOS. — Le Presse Médicale Belge, 1889.
- DUPLAY. — Traité de pathol. ext. t. V, 1878.
Bull. de Soc. de Chirurg., 1891, p. 22.
- DUNSTREY. — Deutsch. Med. Wochenschrift, 1895.
- FAURE. — Thèse de Lyon, 1893.
- FAWEL and A. JACKSON. — The Lancet, 1885, t. I, p. 843.
- FENDT. — Thèse de Freiburg B. (Mains) 1898.
- FERRON. — Gaz hebdom. de Méd. et de Chirurgie, 1887, n° 5, p. 150.
- FEUILLETAUD. — Thèse de Paris, 1885.
- GALLARD. — Bull. Soc. anat., 1865. p. 301.
- GÉHÉ. — Thèse de Paris, 1882.
- GÉRARD-MARCHANT. — Bull. Soc. anat., 1886, 4^e série, t. XV, p. 653. Bull. Soc. de Chirurgie, 1891, p. 26.
- GORIS. — Internat. C. Bl. f. Laryng, etc. X, Jahrgang.
- GUIMOND et CLERMONT. — Toulouse Médical, 1905. 2. s. vii., 238.
- GRUBER. — Archiv. für. pæth. anat., 1880, t. LXXXI, p. 442.
- GUETERBOCK. — Archiv. für. Klinisch chirurgie, 1878, B. XXII, fasc. IV, S., 985.
- GUINARD. — Bull. Soc. anat., 1888, p. 184.
- HARTMANN. — In Traité de chirurgie. Duplay et Reclus.
- HERBET. — Bull. Soc. anat., 1905.
- HOFMOKL. — Wiener medizinische Presse, 1881, p. 762.
- HOFFMEISTER. — Thèse de Marbourg, 1891.
- IMBERT. — Thèse de Montpellier, 1902.
- JOHNSON. — Trans. of path. society. London, 1889-1890, x li 280.
- KUSTER. — In thèse de Hoffmeister, 1891.
- KÖNIG. — Ex : Archiv für Klinisch chirurgie, XLVIII. In Semaine médicale, 1895, p. 27.
- LANDETTA. — Thèse de Paris, 1863.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, 1887, p. 23 et 230.

- LANNELONGUE et MÉNARD. — Traité des affect. congénitales, 1891, p. 136.
- LEBERT. — Bullet. Soc. anat. Paris, fév. 1852. Mémoire Soc. de biologie, août 1852. Traité d'anat. pathol., 1857.
- LEGLAND. — Journal des Sciences médicales de Lille, 1904, 433-447.
- LINHART. — Gaz. hebd. de Méd. Paris, 1857, p. 134.
— Gaz. hebd. de Méd. Paris, 1858, p. 502.
- LOUBRY. — Echo médical du Nord. Lille, 1905, IX, 224.
- MARTIN. — Thèse de Paris.
- MASCAREL. — Thèse de Paris, 1899.
- MORESTIN. — Bull. soc. anat. Paris, avril 1897. Presse médicale, 1898, t. II, p. 109. In Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet, t. VI, p. 270.
- MEUNIER. — Bull. Soc. anat., 1881, p. 122.
- MONOD. — Revue de chirurgie, 1892, p. 724.
— Revue de Chirurgie, 1892, p. 171.
Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1891, p. 482.
- NEUMANN. — Archiv. für klinisch. chirurg., 1877, Bd xx, p. 825.
- OZENNE. — Archiv. génér. de Méd., 1883, p. 806.
- PADIEU. — France médicale, 1874.
- PAGET. — Trans of the path. Soc. of London, 1886, t XXXVIII, p. 224.
- PAQUET. — Archiv. général. de Médecine, 1868, t. II, p. 27.
- PATEL. — Archiv. provinc. de Chirurgie, Paris, 1901, p. 477-81.
- PILLON. — Thèse de Nancy, 1883.
- PONCET. — Bull. de la Société de Chirurgie, 1886, p. 455.
- POTHERAT. — Bull. de la Soc. de Chirurg., 1902.
- QUÉNU et DELORME. — Semaine médic., 1892, p. 221.
- QUÉNU. — Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1892, p. 387.
- RECLUS. — Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie, 1887, n° 3, p. 75.
— Leçons de cliniq. chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1888-89, p. 201.
- RICHET. — Leçons cliniques, 1878.

- ROCHA. — Thèse de Halle, 1898.
- ROLLAND. — Thèse de Montpellier, 1894.
- ROUTIER. — Bull. Soc. Chirurg., 1892, p. 487.
- SCHMITT. — Archiv. de Méd. et Chir. milit., 1891, p. 151.
- SCHUBMEHL. — Thèse de Freiburg, i B Saint-Wendel, 1901.
- SÉBILEAU. — Démonstration d'anatomie. Bull. et mémoire de Soc. Chirurgie, 1891, p. 22.
- SHEPERD. — Philadelphia Med. News, 1889.
- STROMEYER. — Handbuch der Chirurgie, 1864.
- SUTTON (J.-Bland). — Trans of the pœth soc. of London, 1887, t. XXXVIII, p. 387.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'Anatomie topographique, 1907.
- TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 5^e édit., 1900, p. 67-249-378.
- Traité d'anatomie topographique.
- VERNEUIL. — Bull. Soc. anat., 1872, p. 110.
- VERNEUIL et CLADO. — Académie des Sciences, 1888, p. 973.

